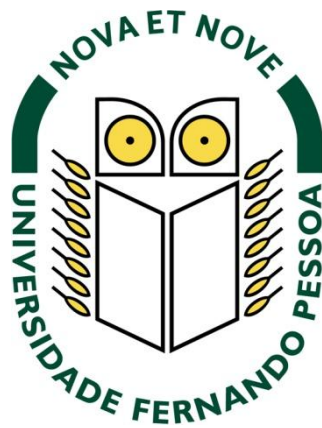


ANA KARINA VALENTE DE ALMEIDA

**Gestão Construtiva de Conflitos em Contexto de Saúde:
estudo numa Unidade de Saúde Familiar da Zona Centro de Portugal**

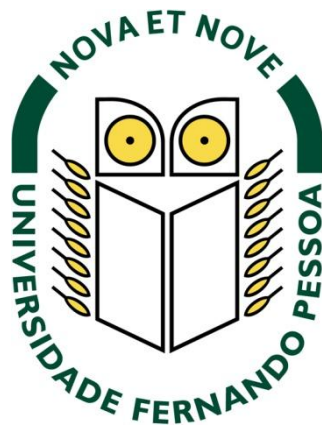


UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2015

ANA KARINA VALENTE DE ALMEIDA

**Gestão Construtiva de Conflitos em Contexto de Saúde:
estudo numa Unidade de Saúde Familiar da Zona Centro de Portugal**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2015

**Gestão Construtiva de Conflitos em Contexto de Saúde:
estudo numa Unidade de Saúde Familiar da Zona Centro de Portugal**

Karina Valente

Dissertação de Mestrado apresentada á
Universidade Fernando Pessoa, orientada
pelo Professor Doutor Pedro Cunha, como
parte dos requisitos para a obtenção do grau
de Mestre em Psicologia Clínica e da
Saúde.

Resumo

O conflito faz parte da nossa vivência enquanto seres sociais em constante interação com os outros. Está cientificamente comprovado que a sua existência não é prejudicial, antes pelo contrário, promove o crescimento e o desenvolvimento.

A Saúde é uma área em que, devido às dinâmicas que nelas se desenvolvem, se torna suscetível ao surgimento de conflitos entre os diversos atores intervenientes. Assim sendo, os estudos da gestão de conflitos e da negociação associada aos contextos de saúde têm vindo a ser tema de investigação, nomeadamente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, em modernização desde 2006.

Neste sentido, os instrumentos de avaliação apresentam-se com um elemento chave para podermos caracterizar a situação em Portugal e, assim, podermos investir nas áreas em défice, planeando eventuais formações dirigidas às reais necessidades da nossa sociedade, o que seria benéfico não só para os utentes dos serviços de saúde, mas também para todos os profissionais de saúde e as próprias instituições de saúde.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo analisar a qualidade da interação profissional de saúde-doente, bem como as estratégias de gestão de conflitos dos sujeitos selecionados na nossa amostra. Para tal, recorreu-se à aplicação do questionário da Qualidade da Interação Profissional de Saúde-Doente (QQPPI) e do Questionário *DUTCH- Test For Conflict Handling*. No que concerne aos participantes no estudo, estes são 150 utentes de uma Unidade de Saúde Familiar da Zona Centro.

Os resultados obtidos foram positivos, e no que se refere ao seu cruzamento com as variáveis sócio-demográficas da amostra não há um estilo que se destaque em particular, tendo obtido diferenças significativas em todas elas á excepção da variável sexo. Quanto á qualidade da interação profissional de saúde-doente constatou-se que os utentes avaliam a mesma como razoável.

Palavras-chave: conflito, gestão construtiva do conflito; estratégias de gestão do conflito, saúde.

ABSTRACT

Conflict is part of our lives as social beings in constant interaction with others. It is scientifically proven that their existence is not harmful, on the contrary, promotes growth and development.

Health is an area where, because of the dynamics that develop, becomes susceptible to the emergence of conflicts between the different agents. Therefore, the study of conflict management and negotiation associated with health contexts have been subject to research, particularly in the context of Primary Health Care in modernization since 2006.

In this sense the assessment tools are presented with a key to be able to characterize the situation in Portugal and so we can invest in the areas in deficit, planning any training courses for the real needs of our society, which would be beneficial not only for users health services but also for all health professionals and the very health institutions.

Thus, this study aims to analyze the quality of professional interaction Health-patient as well as the conflict management strategies used by them. To this end, based on a quantitative study, we used the questionnaire of Quality Interaction-III Health Practitioner (QQPPI), and the Questionnaire DUTCH- Test For Conflict Handling. Regarding the study participants, these are 150 users of a Family Health Unit in Downtown Area.

The results were positive, and with regard to its intersection with the socio-demographic variables of the sample there are highlights that style in particular, having died significant differences in all of them with exception of the sex variable. As for the quality of professional interaction of health sick it was found that users evaluate the same as reasonable.

Key-Words: conflict, constructive conflict management; management strategies of conflict, health.

Dedicatória

Aos meus pais.

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade, enquanto não alcances não descanses, de nenhum fruto queiras só metade.”

Miguel Torga

Agradecimentos

Cabe-me neste curto texto onde as palavras nunca conseguirão expressar a gratidão do sentimento, agradecer a todos os que ao meu lado caminharam nesta longa etapa.

Dirijo um agradecimento particular ao Professor Doutor Pedro Cunha, por toda a sua compreensão, pela motivação e ensinamentos que me transmitiu, e em especial por sempre me ter demonstrado o meu valor mesmo perante os meus erros.

Agradeço especialmente aos meus pais, primeiro pelos seres únicos que são, por todas as lições de força e persistência que sem saber me davam a cada dificuldade que ultrapassavam juntos, em segundo lugar agradeço-vos pela oportunidade que me deram e pelo que isso vos possa ter custado, por sempre terem acreditado em mim e pelo orgulho que demonstram, que mesmo por vezes escondido, era ele que me fazia enfrentar com força mais um dia.

À minha família por todo o amor e carinho, por contribuírem para a pessoa que sou hoje, e por toda a ajuda que me deram. Em especial a ti primo, que sempre acreditaste em mim e mo demonstravas nas horas certas, que sempre me mantiveste à tona com os teus conselhos, por seres a minha inspiração.

A ti João, agradeço por teres enfrentado como uma guerra tua, todos os momentos em que me sentia desistir. Pelas noites em que foste mais forte do que o teu cansaço e permaneceste ao meu lado só para eu não ceder. Pelo orgulho que me transmites quando me olhas, por me fazeres sentir EU (Especial e Única), e por tudo o que as palavras não sentem.

Aos meus amigos, tenho-vos a dizer que a amizade não se faz pelo tempo que ela existe, mas sim pela sinceridade do sentimento que há nela. Obrigado pela vossa sinceridade, pelo companheirismo, pelos sorrisos, pelo carinho, pela disponibilidade, e por me respeitarem como sou.

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa, a todos os professores que me acompanharam ao longo destes cinco anos, pelo conhecimento que me transmitiram, pela compreensão e dedicação, e em especial por me ajudarem a apaixonar-me cada dia mais pelo que faço.

Por fim, agradeço à instituição e aos utentes e profissionais que a ela pertencem, por colaborarem e possibilitarem a realização deste estudo.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

QQPPI – Questionário da Qualidade da Interação Profissional de Saúde-Doente

DUTCH – *Dutch Test For Conflict Handling*

USF – Unidade de Saúde Familiar

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UFP – Universidade Fernando Pessoa

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1** – Descrição das estratégias de gestão de conflitos
- Quadro 2** – Distribuição da amostra conforme as variáveis de caracterização: sexo, habilitações literárias, estado civil, profissão e experiência negocial.
- Quadro 3** – Caracterização do instrumento DUTCH
- Quadro 4** – Matriz de componente rotativa
- Quadro 5** – Correlações
- Quadro 6** – Comparações de valores de *Alpha de Chronbach*
- Quadro 7** – Valores de assimetria, curtose, média, moda, mediana e desvio-padrão
- Quadro 8** – Estatísticas descritivas: qualidade da interação profissional de saúde-doente
- Quadro 9** – Teste t: sexos
- Quadro 10** – Diferenças entre sexos
- Quadro 11** – ANOVA Univariada: faixas etárias e estratégias de gestão de conflitos
- Quadro 12** – Diferenças entre faixas etárias e as estratégias de gestão de conflitos utilizadas
- Quadro 13** – ANOVA Univariada: estado civil e estratégias de gestão de conflitos
- Quadro 14** – Diferenças entre estado civil e as estratégias de gestão de conflitos
- Quadro 15** – Anova Univariada: habilitações literárias e estratégias de gestão de conflitos.
- Quadro 16** – Diferenças entre habilitações literárias e as estratégias de gestão de conflitos
- Quadro 17** – ANOVA Univariada: Profissão e respetiva situação na profissão com as estratégias de gestão de conflitos
- Quadro 18** – Diferenças entre a Profissão e a respetiva situação na profissão e as estratégias de gestão de conflitos utilizadas
- Quadro 19** – Teste t : experiência negocial e estratégias de gestão de conflito
- Quadro 20** – Diferenças entre experiência negocial e estratégias de gestão de conflito

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Bidimensional dos Cinco Estilos de Gestão de Conflitos.

ÍNDICE GERAL

Resumo	V
Abstract	VI
Índice de abreviaturas	IX
Índice de quadros	X
Índice de figuras	XI
Introdução	1
Enquadramento Teórico	
Capítulo I – Organizações de Saúde, Estrutura e Funcionamento	
1.1.Comunicação na Saúde	4
1.2.Cultura Organizacional em Saúde	5
1.3.Equipas de trabalho em Saúde	6
1.4.Cuidados de Saúde Primários – Unidades de Saúde Familiar (USF)	8
Capítulo II – Conflito	
2.1.Conflito no domínio da Saúde	9
2.2.Níveis de Conflito	11
2.3.Fatores Propiciadores de Conflitos	12
Capítulo III - Gestão Construtiva de Conflitos	
3.1. Introdução	13
3.2. Competências necessárias à Gestão Construtiva de Conflitos	15
3.3. Estratégias de Gestão Construtiva de Conflitos	16
3.4. Negociação	21
Parte Empírica	
Capítulo IV – Estudo Empírico	

4.1. Pertinência do tema	23
4.2. Defenição de objetivos e variáveis de estudo	24
4.3. Método	25
4.4. Estudo de investigação	25
4.5. Participantes	26
4.6. Material	27
4.7. Procedimentos	28
Capítulo V – Análise e discussão de resultados	
5.1. Introdução	30
5.2. Validação do DUTCH	31
5.3. Fidelidade do DUTCH	34
5.4. Sensibilidade do DUTCH	35
5.5. Análise de resultados segundoss os objetivos específicos	36
Conclusão	58
Bibliografia	61-66
Anexos	
Anexo A – Declaração de consentimento informado da UFP	69
Anexo B – Questionário QPPI	71
Anexo C – Questionário DUTCH	73-74
Anexo D – Parecer da Comissão de ética da UFP	76
Anexo E – Protocolo de Investigação	78

Introdução

A presente investigação prende-se, essencialmente, com o estudo das estratégias de resolução de conflitos utilizadas pelos utentes de uma Unidade de Saúde Familiar da Zona Centro de Portugal, bem como a avaliação da qualidade da interação entre este e os profissionais de saúde.

A Saúde, como área de enorme complexidade e grande importância humana, social e política está sujeita a constantes desafios (Cunha, Meneses & Oliveira, 2013). Assiste-se, efetivamente, a uma escala de problemas e mudanças que têm efeito direto, muitas vezes negativo, nas experiências dos doentes e nas interações destes com a área dos cuidados de Saúde (Landau & Borgonovi, 2008). Esta conflitualidade reduz a qualidade e aumenta os custos dos referidos cuidados, secundarizando os objetivos de serem efetivos e eficientes, abrindo-se um espaço particularmente propício para novas formas de gestão construtiva de conflitos de modo a atenuar os efeitos perversos destas conjunturas (Cunha, Meneses & Oliveira, 2013)

A escolha do tema prende-se com o facto de após uma breve análise verificar que ainda existem muitas lacunas a este respeito no que concerne a organizações de saúde ao nível de cuidados primários. Assim, devido à facilidade de proximidade da localização espacial e devido aos coordenadores se mostrarem recetivos à realização do presente estudo, foi seleccionada uma USF (Unidade de Saúde Familiar) da Zona Centro de Portugal.

Posto isto, na primeira parte desta dissertação apresenta-se um conjunto de revisões sistemáticas da literatura que tiveram como principais objetivos compreender a dinâmica de uma organização de saúde no que se refere a campos como a comunicação, trabalho em equipa e cultura organizacional, concluindo-se assim que estas áreas estão interligadas e são de enorme importância quando se caminha para uma gestão construtiva de conflitos neste âmbito.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. Os três primeiros capítulos compõem a parte teórica e cada um deles está subdividido em assuntos que nos pareceram pertinentes analisar sobre o objeto de estudo delimitado.

Os dois últimos capítulos dizem respeito ao estudo empírico, sendo o capítulo IV dedicado ao método e no qual se apresentam as opções metodológicas, amostra, instrumentos e procedimentos, e o capítulo V onde é realizada a análise e discussão dos resultados obtidos.

Por fim, apresentamos algumas reflexões finais, em que tentamos realizar uma sumarização das ideias principais deste estudo, das suas limitações e sugerimos algumas pistas futuras para estudos que se venham a dedicar ao nosso tema ou a temas próximos.

Pretende-se com esta investigação sensibilizar os profissionais de saúde e as instituições de formação dos mesmos e futuros profissionais a adotar uma prática de ensino e trabalho que integre a utilização de uma gestão construtiva de conflitos e compreendam a sua importância, contribuindo assim para melhorias permanentes no atendimento aos utentes, bem como a um ambiente mais favorável na própria organização de saúde.

Dado que os cuidados de Saúde têm sido descritos como sistemas adaptativos complexos, não admira que nesta área os conflitos ganhem particular gravidade e levem muitas dificuldades para a sua resolução. A Saúde é, assim, um setor suscetível, sabendo-se que apesar dos indiscutíveis progressos da Ética, estamos ainda longe de um equilíbrio que possa dar mais garantias sobre a eficácia da mudança de comportamentos individuais e organizacionais. Para que possamos vencer os desafios que se nos colocam há que corrigir os desequilíbrios de poder e de conhecimentos entre doentes e profissionais da Saúde e entre estes e os gestores, de modo a que o setor possa beneficiar dessas correções (Platt, 2008).

Trata-se de um processo cultural em que a educação tem um papel muito importante, de modo a que os saberes científicos, organizacionais e experienciais se articulem devidamente. A existência de práticas funcionais para a prevenção e gestão de conflitos poderá potenciar uma melhoria dos resultados nas disputas que ocorrem e desenvolver um ambiente organizacional mais saudável. A mudança cultural reclamada passa pela integração de aptidões de desenvolvimento, equipas colaborativas, estratégias de comunicação, lideranças esclarecidas, processos de gestão construtiva de conflitos e um maior diálogo entre as partes (Cunha & Leitão, 2012).

Enquadramento teórico

Capítulo I – Organizações de Saúde, Estrutura e Funcionamento

1.1. Comunicação na saúde

Nos últimos anos temos vindo a assistir a um enorme desenvolvimento da tecnologia aplicada à Medicina, que tem possibilitado que crianças e adultos recebam os tratamentos necessários à gestão da sua condição. Ainda assim, passou a constatar-se uma dependência desses sofisticados programas de tratamento que trazem obstáculos à adaptação psicológica do doente, o que pode colocar em causa uma adesão eficaz ao tratamento. Porém, estes obstáculos podem ser contornados utilizando todo um conjunto de competências comunicacionais (Oliveira & Gomes, 2004).

Estas habilidades comunicacionais devem estar em sintonia com as necessidades atuais dos utentes dos serviços de saúde e estes procuram cada vez mais cuidados de saúde personalizados, leia-se centrados nos utentes, o que exige que os profissionais de saúde possuam as competências para serem sensíveis às preferências e perspetivas dos seus utentes, incluindo estes nos processos de tomada de decisões (Butalid, Verhaak, Boeij & Besing, 2012; Joos, Hickam & Borders, 1993; Rothman, Yin, Mulvaney, Patrick, Homer & Lannon, 2009).

A utilização de uma comunicação eficaz e qualificada é capaz de levar à transformação do contexto da doença, permitindo que o doente que se encontra debilitado e apavorado, partilhe e transmita informações que podem ser essenciais para o sucesso do seu tratamento, assim como fique disponível para escutar a opinião de outros, entre os quais os profissionais de saúde, resultando num alívio de tensão e no encontro de alguém disponível para auxiliar a uma redefinição de objetivos de vida (Oliveira & Gomes, 2004).

Todavia, as organizações de saúde também têm vantagens em que os seus profissionais adotem uma comunicação eficaz, pois verão reduzidas as reclamações, terão utentes mais satisfeitos e ainda podem ver reduzidos alguns dos seus custos pois, se os utentes seguirem mais rigorosamente as prescrições e recomendações médicas evitarão tantas idas a consultas (Betchel & Ness, 2010).

Nas organizações de saúde a comunicação constitui assim um dos pontos-chave na dinâmica e interação entre os profissionais. Bavelas e Barrett (1951), citados por

Ferreira et al (2001), referem que a comunicação é o processo básico das organizações e é este que dá origem a todas as outras funções.

Sendo a organização um sistema aberto, a comunicação garante a coesão interna e a relação da organização com o meio exterior. Deste modo, é imprescindível que a comunicação seja ordenada, esteja em continuidade e integrada na estrutura organizacional, favoreça a resolução de problemas, a troca de perspectivas e ideias e estabeleça a relação entre as pessoas que dela fazem parte (Araújo & Cardoso, 2007).

A comunicação nas organizações efetua-se de várias formas, isto é, o seu percurso circula por múltiplos canais dependendo do tipo de informação, assim como da cultura e das políticas organizacionais.

1.2. Cultura Organizacional em Saúde

Schein (1982) diz-nos que a cultura organizacional se revela como o fruto da aprendizagem do grupo, uma vez que lhe capta os valores, o método de funcionamento, os mitos e a linguagem existentes na organização e que são o resultado da socialização e de ajustes recíprocos.

Nas organizações, a cultura organizacional guia os valores, as atitudes e os comportamentos dos seus membros. Podemos dizer que uma organização tem cultura, se ela for um produto da aprendizagem dos seus elementos (Bilhim, 1996).

Tanto as crenças quanto os padrões de comportamento dos indivíduos fazem parte desse sistema de atenção à saúde e são, em grande parte, derivados de regras culturais. Neste sentido, a inclusão do pensamento de Geertz (1978), citado por Oliveira (2002), torna-se pertinente nesta discussão, pois esse autor defende a ideia de cultura como uma “teia de significados” e da importância de a analisarmos enquanto ação e como sistema simbólico. Como ação, a forma de expressão da cultura é pública, pressupondo, no discurso social, a existência de “protagonistas” e “assistentes” que se comunicam entre si a partir de interpretações de códigos socialmente estabelecidos de modo prévio. Ou seja, como diz o autor, “a cultura é pública porque o significado o é”.

De acordo com vários autores, podemos entender a cultura organizacional como um conjunto de elementos – normas, valores, padrões comportamentais, etc., ligados pelo significado. Aqui avalia-se a expressão dos valores e das normas do grupo ou da organização e estas por sua vez revelam o que é desejável para o seu funcionamento. Detém um carácter integrador e adaptativo dos grupos à organização. O seu papel passa por manter, comunicar e transmitir valores e crenças organizacionais (Oliveira, 2002).

Likert e Likert (1976) proporcionam-nos algumas provas do que uma organização democrática e aberta oferece melhores e mais positivas maneiras de enfrentar o conflito. Pensa-se que um clima mais aberto, com melhor e maior comunicação, permite às pessoas enfrentar e resolver os problemas de um modo mais construtivo, identificando os problemas e encontrando soluções para eles.

Existem, igualmente, diferenças a níveis nacional e cultural. Em resultado de uma análise feita a cinco países, Ting-Toomey, Gão, Trubisky, Yang, Kim Lin e Nishida (1991) demonstram que a cultura nacional poderá influenciar no estilo de conflito utilizado. O estudo destes autores provou que os participantes americanos usam mais o estilo dominador do que os seus congéneres Japoneses ou Coreanos, e que os Chineses utilizam mais os estilos acomodar e evitar do que os Americanos. Estes resultados podem ser interpretados à luz da cultura predominante (por exemplo: as culturas asiáticas têm alguma tendência para serem coletivistas e promoverem um estilo menos confrontativo, o que valoriza a harmonia entre as partes).

Esta cultura coletivista favorece, de igual modo, a submissão do subordinado ao chefe como sinal de respeito (Hofstede, 2001).

1.3. Equipa de trabalho em Saúde

Embora existam vários modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipa, há ainda alguma confusão no que toca a conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendem a sua dinâmica. Além disso, as equipas enfrentam uma variedade de fatores situacionais e periféricos que impactam o seu processo de estruturação.

A definição ainda hoje predominante é a de um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objetivo comum é apreciado por todos (Pinho, 2006).

Morais (2002) refere que o trabalho em equipa é por definição o trabalho realizado por diversos grupos profissionais de categorias diferentes para cumprir um objetivo comum, não podendo cada trabalhador realizar por si só o trabalho confiado ao conjunto. O mesmo autor acrescenta que o verdadeiro trabalho em equipa requer respeito pelos outros e pelos meios utilizados, compreensão pelo papel desempenhado no seio da equipa e valorização do que cada um é capaz de trazer para esta.

De acordo com Savoie e Beaudin (1995), citados por Ferreira et al (2001), existem quatro características para a existência de uma equipa de trabalho: esta deve surgir de

uma organização e deve ser reconhecida como tal por todos os que fazem parte desta; deve ser por si só um sistema social com limites bem definidos, em que os seus membros são simultaneamente indivíduos autónomos e com funções interdependentes; o produto do seu desempenho é passível de ser avaliado, existindo uma responsabilização coletiva face às suas tarefas e, por fim, a sua atividade rege-se por determinadas regras do meio, que implicam determinados deveres e direitos por parte dos seus membros.

Robbins (2004) afirma que as equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência, pelo facto de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças. Faz uma interessante distinção entre grupo de trabalho e equipa de trabalho. O grupo é aquele cujo processo de interação é usado para partilhar informações e para tomada de decisões com objetivo de ajudar cada membro com o seu desempenho na área específica de atuação, sendo o desempenho considerado apenas como reunião das contribuições individuais de seus membros. A equipa, por sua vez, orienta-se pelos esforços individuais que resultam num nível de desempenho maior que a soma das entradas. Contudo, adverte que nem sempre as equipas representam a resposta de melhor desempenho, em alguns casos o trabalho é realizado de forma mais eficaz, se for realizado individualmente.

Segundo Katzenbach e Smith (1993), citados por Ferreira et al (2001), um grupo transforma-se numa equipa quando se gera um determinado envolvimento e sinergia entre os seus membros.

Na década de 90 foi concedido um grande destaque ao trabalho em equipa multidisciplinar, porque os profissionais de Saúde foram levados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente de maneira eficiente e eficaz.

O trabalho em equipa surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho a promover a qualidade dos serviços. Entre estes processos podemos citar o planeamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos (Pinho, 2006).

Trabalhar em equipa implica as pessoas realizarem em conjunto tarefas ou missões concretas como expressão da sua linguagem profissional. O trabalho em equipa é a

atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes para cumprir um objetivo comum, sendo que o produto final (equipa) é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa (Robbins, 1999).

Acredita-se que nos dias de hoje é impossível aos profissionais de Saúde trabalharem isoladamente, quer devido à complexidade das situações apresentadas pelos utentes dos serviços de saúde, quer devido ao desenvolvimento tecnológico, quer ainda à explosão e fragmentação do conhecimento.

Segundo a literatura existem várias definições para trabalho em equipa de saúde, que em geral destacam uma concordância em relação aos aspetos significativos à sua construção, estrutura e composição, e estão em consonância com os pressupostos presentes nas equipas em geral, não pertencentes ao setor de saúde (Morais, 2002).

Os pontos cruciais que estão na base de formação de qualquer equipa podem ser identificados como: desempenho coletivo, responsabilidade coletiva, tomada de decisão coletiva, uso de habilidades e conhecimentos complementares (Pinho, 2006).

Um bom trabalho em equipa tem como consequência: maior satisfação dos elementos da equipa, proporcionar eficácia na qualidade dos cuidados e como resultado beneficiar o doente (Pinho, 2006).

Em contrapartida, nas equipas de Saúde verificamos a existência de situações específicas ao setor, que impactam a sua estruturação, tais como a dominância de um discurso particular, resultando na exclusão de outro, e a falta de confiança interprofissional, resultante de relações de poder entre as profissões (Morais, 2002).

1.4.Cuidados de Saúde Primários – Unidades de Saúde Familiar (USF)

Uma Unidade de Saúde Familiar é uma unidade do Serviço Nacional de Saúde centrada no cidadão, onde trabalha uma equipa de saúde composta por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos.

As Unidades de Saúde Familiar (USF) estão organizadas de modo diferente, direcionadas para as necessidades do utente, onde são prestados cuidados de qualidade e proximidade. O trabalho em equipa e a orientação para resultados permitem dar ao cidadão uma resposta rápida e eficaz - sempre que o utente e a sua família precisem, ao longo da vida.

Existem USF por todo o país (neste momento são mais de 350) e cobrem quase metade da população portuguesa. Para além de aumentarem a acessibilidade e satisfação

dos utilizadores dos cuidados de saúde, as USF podem ser mais eficientes (Departamento de Comunicação – USF AN).

Nem todas as USF estarão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A e B) é resultante do grau de autonomia organizacional e da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais.

Capítulo II – Conflito

2.1. O Conflito no domínio da saúde

Desde sempre, os seres humanos, pertencentes a comunidades, independentemente da sua dimensão, viram-se forçados a lidar com conflitos consigo próprios ou com o outro (Cunha & Leitão, 2012; Cunha, 2008).

O principal motivo apontado para este facto é o entendimento do ser humano como elemento integrado e não isolado, num sistema de inter-relações obrigatórias, sendo um processo psicossociológico passível de ser modificado pela adopção de comportamentos adequados (Nursing, 2000).

A perspetiva tradicional no estudo dos conflitos considerava este fenómeno prejudicial para o funcionamento dos grupos e atribuía-lhe um conjunto de consequências negativas: redução da coesão grupal, deterioração das redes de comunicação e menor produtividade (Deutsch, 1973; Guetzkom & Gyr, 1954; Schwenk & Cosier, 1993). Assim sendo, a investigação centrava-se na procura das causas associadas ao aparecimento de situações conflituais, tendo em vista a sua prevenção e consequente eliminação.

Contrariando esta perspetiva, as abordagens mais recentes sugerem que um nível ótimo de conflito pode maximizar os índices de criatividade e de inovação das equipas de trabalho. Corroborando esta abordagem, autores como Turner e Pratkanis (1994), defendem que estimular os conflitos em grupos com elevados níveis de coesão facilita o confronto dos vários pontos de vista e a análise das várias alternativas propostas, evitando-se, desta forma, a emergência do “pensamento de grupo” (*groupthink*).

Ainda no seguimento deste conceito de “*groupthink*”, Ferreira et al. (2001), citando De Dreu (1997), referem que esconder o conflito existente entre chefe e subordinados pode conduzir a este fenómeno, com consequência muitas vezes desastrosas para o desempenho do grupo.

Não existe uma definição simples de conflito. Segundo De Dreu & Weingart (2003) e Dimas, Lourenço & Miguez (2005), o conflito pode ser determinado como uma divergência de perspetivas, percebida como geradora de tensão por, pelo menos, uma das partes envolvidas numa determinada interação, e que pode ou não traduzir-se numa incompatibilidade de objetivos.

Pruitt e Rubin (1986) definem conflito como “uma divergência de interesses ou da crença em que as aspirações das partes não podem ser atingidas simultaneamente”.

Ferreira et al (2001:511) definem conflito como “o processo de tomar consciência da divergência existente entre as partes, traduzida em algum grau de oposição ou incompatibilidade entre os objetivos das partes, ou da ameaça dos interesses de ambas as partes”.

Chiavenato (1993) refere que o conflito é mais do que um desacordo, ou choque de interesses: é uma interferência deliberada sobre a tentativa da outra parte de atingir seus objetivos.

Para Deutch (2013), citado por Barros (2006), sempre que existe interação na vida organizacional, relacionada com ação, estamos perante uma virtual fonte de conflito. Este conflito refere-se à tensão que um indivíduo ou grupo podem experimentar como consequência da perceção de diferenças em relação aos outros.

Nas últimas duas décadas em Portugal, têm surgido várias investigações que analisaram o impacto do conflito em diversos contextos. É inquestionável que o conhecimento sobre a forma como os conflitos são geridos (ou não) entre doente/médico, entre profissionais da saúde, entre eles e os profissionais administrativos, etc., permitirá uma melhoria das práticas profissionais e das relações interpessoais (Miguelote & Cunha, 2014).

Assim sendo, torna-se importante avaliar a contextualização do conflito, de forma a aferir o seu impacto, de modo a geri-lo de um modo mais eficiente e adequado, e para isso torna-se importante conhecer o conceito de conflito nos seus variados níveis e, não menos importante, conhecer de que forma podemos estrategicamente geri-lo.

2.2. Níveis de conflito

Na área da saúde, assim como nas diferentes áreas existentes na nossa sociedade, a ocorrência de conflitos é uma constante, devido a fatores como o grande nível de tensão intra e inter-pessoal, a elevada competitividade das carreiras, a organização do trabalho humano por turnos, a rede complexa de personalidades em interação constante, a vulnerabilidade permanente na relação profissional utente, entre outros.

É importante distinguir os vários níveis existentes de conflitos: intrapessoal, interpessoal, intragrupal, intergrupar, nacional, internacional, laboral, político, cultural, ético, religioso, entre outros (Cunha, 2008). O conflito é, portanto, um processo transversal responsável pela mudança nos mais variados níveis da vida humana e psicossocial quer em termos macrossociais quer em termos micro: pessoal, interpessoal, familiar (Gonçalves, 2003; Cunha & Leitão, 2012)

Referindo os diferentes níveis de conflitos mencionados acima, é importante citar alguns deles e defini-los segundo a visão de vários autores.

Quanto ao conflito intrapessoal, Schermerhorn, Hunt & Osborn (1999) que afirmam que “Entre os conflitos que afetam o comportamento nas organizações estão os que envolvem a pessoa isoladamente. Estes conflitos intrapessoais geralmente envolvem pressões reais ou percebidas de objetivos ou expectativas incompatíveis dos seguintes tipos: *o conflito aproximação – aproximação* ocorre quando uma pessoa precisa escolher entre duas alternativas positivas e igualmente atraentes”.

Segundo o mesmo autor, *o conflito evitação – evitação* ocorre quando uma pessoa precisa escolher entre duas alternativas negativas e igualmente desagradáveis, enquanto *o conflito aproximação – evitação* ocorre quando uma pessoa precisa decidir a respeito de agir de uma determinada maneira que acarreta consequências positivas e negativas.

Para Marquis e Huston (1999), esse tipo de conflito envolve uma batalha interna para esclarecer valores ou desejos contraditórios.

O conflito interpessoal ocorre entre duas ou mais pessoas que estão em lados opostos; ele pode ter natureza substantiva, emocional ou ambas (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1999)

No que se refere ao conflito intergrupo, Schermerhorn, Hunt & Osborn (1999) referem, “Nas organizações também existe o conflito entre grupos, que pode ter fatores substantivos e/ou emocionais. O conflito intergrupos é bastante comum e pode dificultar muito a coordenação e integração das atividades”.

Por fim, e não menos importante, articulemos o conflito interorganizacional, que retrata a ocorrência de conflitos entre organizações. Este tipo de conflito é mais frequente quando entra a concorrência e a rivalidade entre empresas que atuam nos mesmos mercados.

Outra designação para os níveis de conflitos identifica-os como:

- Cognitivos, dado que resultam de divergências na avaliação de dados empíricos ou factuais e expressam-se controversamente;
- Normativos, que resultam de divergências em assuntos e matérias relacionadas com as formas apropriadas de comportamento (Gil, 2008).

2.3. Fatores Propiciadores de Conflitos

Uma vez que o conflito constitui uma experiência intrinsecamente subjetiva, não tendo que possuir obrigatoriamente uma base objetiva, e é intrapessoal e social, porque se encontram implicadas outras pessoas e grupos (Van de Vliert, 1984, 1993 citado por Cunha & Leitão, 2012), a sua proveniência pode encontrar-se no controle de recursos; em diferenças nas preferências; em diferenças nos valores e crenças e em diferenças nos objetivos face à relação (Deutsch, 1973; Johnson & Johnson, 1996).

Mais sucintamente, choque de interesses, ansiedades e frustrações, lutas pelo poder e estatuto social e/ou profissional são apenas algumas das causas mais frequentes no surgimento de conflitos.

Existem fatores que poderão potenciar a nível laboral, o aparecimento de conflitos, e Nursing (2000) aponta nove fatores gerais que parecem agrupar o maior número de causas possíveis: Especialização, por causar o afastamento e mudança de objetivos pessoais e coletivos. Quanto maior a especialização, maior a probabilidade do surgimento do conflito; Papéis multilaterais, tanto a medicina, como a enfermagem impõem a que qualquer profissional seja um pouco gestor, especialista, negociador, psicólogo, e muitas outras funções; Interdependência de papéis, quando não estão claros os domínios da prática profissional, torna-se mais provável a ocorrência de conflitos; Ambiguidade de papéis, resulta da ambiguidade de papéis e da responsabilidade das mesmas; Diferenciação, quando o indivíduo ou grupo assumem o mesmo papel, mas com diferentes atitudes, emoções e comportamentos cognitivos em relação a ele; Escassez de recursos, a competição por dinheiro, utentes ou cargos, é uma das mais fortes causas de conflitos; Mudança, sempre que se produz uma mudança, ela causará

um certo conflito nas suas mais variadas profundidades, pois a mudança implica alterações que eventualmente prejudica uma das partes; Recompensa, frequentemente a concessão desigual de prémios produz um conflito. Salientam-se três tipos de situações que poderão ocorrer: a) o salário definido para determinado indivíduo está abaixo das suas expectativas; b) não equidade salarial; c) prémios de produtividade que poderão levar a situações de competição destrutiva; Problemas de comunicação, todas as ambiguidades, percepções distorcidas, dificuldades linguísticas e o uso incorreto dos canais de comunicação.

Também Cunha & Leitão (2012), de encontro ao autor acima referenciado, numa visão muito prática, identificam em termos organizacionais nove fatores que podem estar na génese de um conflito: Uma cultura organizacional caracterizada pelo confronto e desconfiança; Existência de sistemas incorretos de transmissão de informação (ruídos, ocultação, demoras, etc.); Presença de ambiguidade e indefinição relativamente às responsabilidades e papéis da cada colaborador; Inexistência de coordenação entre os diferentes níveis ou unidades da organização; Incremento do grau de diferenciação intraorganizacional; Aumento do grau de interdependência entre colaboradores; Existência de estilos de direcção desapropriados ou ausência de competências de direcção; Presença de normas e regras inadequadas; Existência de conflitos anteriores não resolvidos.

Outros aspectos poderão acrescentar-se aos mencionados, pois o tema não se esgota nos fatores nomeados, particularmente se se tiver em conta toda uma série de enviesamentos cognitivos e perceptivos que acontecem, com regularidade, em situações de conflito.

Capítulo III – Gestão Construtiva de Conflitos

3.1. Introdução

A necessidade de gerir construtivamente conflitos acresce a cada dia que passa. A sua relevância aumenta quando falamos na importância de propiciar aos colaboradores um ambiente agradável, sendo indispensável ter em atenção a toda a acção que se desenrola no interior da própria organização.

Desde já, é importante fazer uma breve distinção entre gestão de conflito e resolução de conflitos, segundo Robbins (1978) citado em Cunha & Leitao (2012) tal distinção

não se deve a uma mera questão de ordem semântica. Sumariamente, enquanto a resolução do conflito dirá respeito à redução, eliminação ou finalização do conflito, na qual se destacam diversos estudos sobre negociação, mediação e arbitragem. Por sua vez uma gestão construtiva de conflitos implica, para além de uma procura de soluções, a delimitação de estratégias que permitam alcançar e aproveitar os benefícios do conflito, nomeadamente ao nível da aprendizagem e mudança de comportamentos dos envolvidos.

Nesse sentido, Schnitman e Littlejohn (1999) referem que as metodologias utilizadas na resolução alternativa de conflitos são práticas emergentes, e podem ser entendidas, à luz dos novos paradigmas, como processos auto-organizados em sistemas complexos, através do qual é possível aos participantes, reconstruírem relações com os outros e consigo mesmos.

Na perspectiva de Rahim (2002), as estratégias de gestão de conflito integram mudanças ao nível macro de uma determinada organização, potenciando uma aprendizagem mais rica por parte dos colaboradores da organização. Na ótica do autor, as organizações contemporâneas carecem de gestão (e não propriamente de resolução) de conflitos.

Segundo o mesmo autor, a gestão construtiva de conflitos tem patente diversos princípios, nomeadamente a aprendizagem e a eficácia organizacional, ao nível do processo de diagnóstico e intervenção de situações conflituosas, que se espera que prevaleça no longo prazo; atender às necessidades das partes interessadas, delineando as estratégias para a satisfação das expectativas, contemplando uma aprendizagem coletiva e eficácia organizacional; e a ética, que tem que ser expressa em todas as ações.

Jaca e Riquelme (*cit. in* Moreira 2010) caracterizam este processo como sendo parte integrante de interações sociais, em que os negociadores passam a assumir um papel activo, ao nível dos pensamentos, planificações e determinação de objectivos estratégicos. Defendem que com a utilização da gestão de conflitos permite minimizar o conflito afectivo ao nível individual, grupal ou organizacional, o que implica necessariamente alterações na liderança, cultura e estrutura da organização.

De acordo com Cisneros, Medina e Dorado (*cit. in* Moreira 2010) a gestão de conflitos consagra-se como aspeto chave da estratégia organizacional, podendo manifestar-se através de intervenções de carácter estrutural, ou de intervenções de carácter comportamental. Estas intervenções têm como objetivo a redução, a potencialização, e a resolução de situações conflituosas.

3.2. Competências necessárias à Gestão Construtiva de Conflitos

É importante, antes de mais, termos conhecimento de que são múltiplos os obstáculos que podem dificultar uma gestão construtiva e eficaz do conflito, entre os mais comuns, independentemente do contexto em que o mesmo ocorra, podem-se enumerar a incapacidade de distinção entre conflito e problema; subestimação (e também sobrestimação) da própria capacidade de resolução de conflitos; percepções interpessoais erróneas; encerramento dos canais de comunicação; não-aceitação das necessidades e interesses do outro; negação do acto de negociar até que o outro «reconheça o seu erro»; ausência de recursos ou má utilização dos mesmos, entre outros (Cunha & Leitão, 2012).

Tendo em conta os diversos obstáculos que podem surgir perante um conflito interpessoal, é importante desenvolver competências dirigidas à gestão de conflitos.

Para tal, é necessário que os indivíduos trabalhem os aspetos e fatores que se encontram na génese do conflito, utilizando a reflexão como estratégia de resolução de problemas (Silva, 2003).

Segundo Deutsch (1990,1994), estimular o potencial construtivo de um conflito exige que se detenha competências que passam por:

- Saber em que tipo de conflito se está envolvido;
- Existir mutuo respeito, entre si e o outro, e entre os interesses de ambos;
- Distinguir, claramente «interesses» e «posições»;
- Explorar os seus interesses e os da outra parte, identificando interesses comuns e compatíveis partilhados por ambos;
- Definir quais os interesses divergentes existentes entre as partes como um problema mútuo, a ser resolvido cooperativamente;
- Manter uma comunicação aberta, clara e escuta activa;
- Estar atento para situações de enviesamento, distorções perceptivas, juízos erróneos e pensamento estereotipado, que ocorrem frequentemente no decorrer do conflito, em ambas as partes;
- Desenvolver competências para lidar com conflitos difíceis;
- Conhecer-se e obter ganho de competências em como geralmente se responde em diferentes tipos de situações conflituais.

Esta proposta, mesmo que portadora de alguma limitação inerente a todas as abordagens, revela-se interessante e abrangente no que toca à resposta possível face a um conflito.

Ainda assim, Rahim (2002) sugere que a gestão de conflitos envolve parcialmente a avaliação da situação, sendo fundamental que nesta se considere a informação sobre a necessidade de intervenção e a que tipo de intervenção se deverá recorrer na gestão do conflito, percebendo essencialmente a natureza do(s) problema(s). Não obstante, é relevante ter em conta a necessidade de intervenção de modo a reduzir o conflito afetivo (ou de valores) e manter um montante moderado de conflito substantivo (de tarefa ou de interesses) nos vários níveis considerados (interpessoal, intragrupal e intergrupar).

Deverá recorrer-se à intervenção (processual ou estrutural), quando se verificar a existência em demasia de um conflito afetivo, ou ainda um conflito substantivo escasso ou excessivo, não ignorando a atenção a ter se o conflito não estiver a ser resolvido eficazmente pelos membros da organização (Cunha & Leitão, 2012).

Em forma de conclusão, é essencial gerir o conflito de modo construtivo, dentro de determinados limites, para que o mesmo resulte autocrítico e criativo (Robbins, 1998).

Nesse sentido, importa expor exemplos específicos de técnicas de gestão construtiva de conflitos, particularmente a negociação, a mediação, a arbitragem, a conciliação e a ação independente das partes.

3.3. Estratégias de Gestão Construtiva de Conflitos

Relativamente às estratégias de gestão de conflitos, temos que demarcar duas fases, uma até aos anos 60 em que estas estratégias eram percecionadas numa lógica unidimensional e outra fase mais recente em que a lógica é mais bidimensional (Dimas, Lourenço & Miguez, 2005).

Existem vários estilos de comportamentos com que uma pessoa ou grupo pode lidar com o conflito. Estes estilos denominam-se “estratégias básicas para gerir uma situação em que as partes consideram os seus interesses como incompatíveis” (McIntyre, 2007, p. 299).

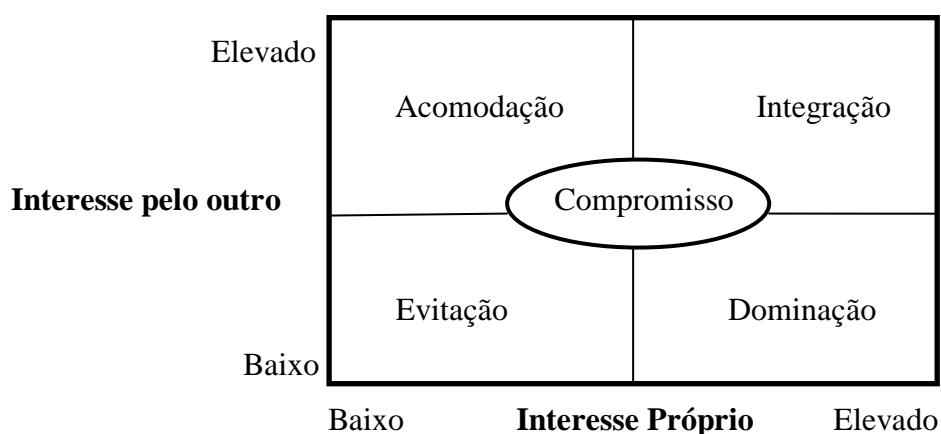
Para Dimas e colaboradores (2005) as estratégias de gestão de conflitos podem ser definidas aos níveis interpessoal (reações individuais a factos divergentes) e intragrupal (reações de membros de um grupo). Thomas (1976), citado por Dimas, Lourenço & Miguez, (2005) defende a assertividade e a cooperação como as estratégias básicas, as quais dão origem a cinco estilos de gestão de conflitos, nomeadamente:

- Competitividade (assertividade e não cooperação);
- Colaboração (assertividade e cooperação);
- Evitamento (não assertividade e não cooperação);

- Acomodação (não assertividade e cooperação);
- Compromisso (misto de assertividade e de cooperação).

Nesta linha de pensamento, surgem também Rahim e Bonoma (1979), citados por Dimas, Lourenço & Miguez, (2005) que distinguem as dimensões “preocupação consigo”, na qual o indivíduo procura satisfazer os seus objetivos e “preocupação com os outros”, na qual o indivíduo procura satisfazer os objetivos dos outros. Estas duas dimensões originam os cinco estilos definidos anteriormente por Thomas (1976), citado por Dimas, Lourenço & Miguez, (2005).

Fig. 1 Modelo Bidimensional dos Cinco Estilos de Gestão de Conflito



Fonte: Rahim (1983), citado por Dimas, Lourenço & Miguez, 2005, p. 10).

Segue uma breve descrição das diferentes estratégias que posteriormente serão analisadas como variáveis do estudo.

Quadro 1

Descrição das estratégias de gestão de conflitos

Variável	Descrição
Anuência	Tem como finalidade a satisfação dos objetivos de uma parte. Consiste na tentativa de satisfazer os interesses do outro, negligenciando os próprios, a parte que adota este estilo sai sacrificada e prejudicada.
Compromisso	Tem como propósito procurar uma solução aceitável

para ambas as partes, sendo que cada uma das partes abdica de algo. Representa a tentativa de satisfazer, moderada, mas incompletamente, os interesses de ambas as partes. Daí pode resultar uma busca parcial de um objetivo.

Dominação

Tem como intuito a estratégia de ganhar-perder, em que os objetivos de uma parte são considerados prioritários perante os da outra parte, sendo extremamente difícil chegar-se a uma solução mútua.

Integração (Resolução de Problemas)

Caracteriza-se por encontrar uma solução benéfica para ambas as partes, através da partilha de informação. Para isso é fundamental que se sigam duas fases (Prein, 1976, citado por Rahim, 1992): a fase da confrontação onde as partes exploram as diferentes formas de perceber o problema, falam abertamente sobre as divergências e procuram as causas dos conflitos; e a fase da resolução de problemas onde as partes procuram soluções adequadas aos interesses envolvidos.

Evitação

Pretende a fuga ou negação do conflito, um meio de adiamento da resolução do conflito ou até um meio de fuga perante uma situação ameaçadora.

Evidencia-se, através de vários estudos (Rahim & Buntzman, 1989; Elsayed-Ekhouly & Buda, 1996; Kozan, 1989 e Farmer & Roth, 1998), que o estilo mais utilizado é a Integração e o menos utilizado é o Evitamento. O estilo integração é visto como a melhor forma de gerir o conflito construtivamente, estimula a criatividade e beneficia as partes envolvidas. No entanto, existem autores que contrariam esta versão e designam que o melhor estilo a adotar numas situações pode não ser nas outras, desta forma deve-se analisar as condições para as quais cada estilo é apropriado.

Assim sendo, cada tipo de conflito as partes envolvidas vão assumir estratégias, as quais vão orientar a forma como vão lidar com os conflitos, mas à medida que se vai caminhando no sentido da resolução de conflitos estas estratégias poderão mudar, como refere McIntyre (2007).

A utilização simultânea e/ou sequencial de vários estilos de gestão está positivamente associada à eficácia na resolução do conflito. A utilização combinada dos estilos colaboração, dominação, e compromisso constitui um dos padrões de resposta mais eficazes na resolução dos conflitos (Munduate, Ganaza, Peiró e Euwema, 1999; Van de Vliert, Nauta, Giebels e Janssen, 1999).

De acordo com a estratégia adotada e uma vez que começa o conflito, haverá um dos quatro resultados possíveis:

- 1) uma parte ganha, e o rival perde;
- 2) o rival é que ganha, e a outra parte perde;
- 3) chega-se a um compromisso e ambas as partes perdem até um certo ponto para ganharem outros;
- 4) ambas as partes procuram uma solução integrativa em que cada parte acaba por ganhar (Rahim, 1992; McIntyre, 2007 cita Caetano & Vala, 2002).

Os resultados encontrados por Farmer e Roth (1998), de acordo com um estudo exploratório efetuado com grupos de trabalho, concluíram que os comportamentos que refletem uma elevada preocupação com os outros (compromisso e acomodação) são utilizadas com mais frequência do que os que traduzem uma baixa preocupação com a outra parte (evitamento e competição).

De um modo geral, segundo alguns teóricos, o estilo de gestão de conflitos colaboração (cooperação ou resolução de problemas) é o modo mais construtivo de gerir o conflito, uma vez que facilita a exposição das expectativas individuais, estimula a criatividade e beneficia os intervenientes na interação, em oposição ao uso de um estilo de competição ou dominação que acaba por resultar em níveis de eficácia reduzidos (Fischer & Ury, 1981).

Já os estilos compromisso e integração são mais apropriados para assuntos estratégicos enquanto os restantes estilos serão mais adequados para lidar com problemas do quotidiano (Rahim, 1985).

Cunha (2008) e Monteiro (2007) definem algumas saídas para a gestão do conflito que podem passar por: aceitação da intervenção de terceiros; cedência de uma das partes; imposição unilateral da solução; não fazendo nada, na crença de que o tempo resolverá o problema e negociando uma solução de compromisso.

Nesse sentido, importa expor exemplos específicos de técnicas de gestão construtiva de conflitos, particularmente a negociação, a mediação, a arbitragem, a conciliação e a ação independente das partes.

A mediação traduz-se, segundo Campos (2008), numa forma de gestão de conflitos em que um terceiro elemento, o mediador, intervém para ajudar as partes envolvidas a chegar a uma resolução ou acordo. Esta forma de gestão de conflitos é juridicamente enquadrada e as partes agem de livre vontade (Campos, 2008). Deste modo, o mediador deve desenvolver esforços com o intuito de inculcar nas partes as competências necessárias para a existência do diálogo civilizado, isto é, deve fomentar e facilitar a comunicação entre as partes com vista ao estabelecimento de um acordo (González-Capitel, 2001).

Ao nível da arbitragem, esta pode ser definida como um meio alternativo de resolução de conflitos, em que as partes envolvidas escolhem, em comum acordo, e de forma contratual, um terceiro elemento, o árbitro, a quem conferem o papel de resolver o conflito proferindo uma decisão (Minghini e Ligerio, 2010). Os objetivos da arbitragem variam de acordo com a técnica utilizada, uma vez que pode ser utilizada quer como ferramenta de prevenção, quer como meio eficaz de resolução de conflitos (Minghini e Ligerio, 2010).

A conciliação deve ser entendida como uma forma de resolução de conflitos na qual um conciliador, sugerido pelas partes, tenta que estas cheguem a um acordo, compreendendo o ponto nodal do conflito bem como todas as ramificações do mesmo, ao mesmo tempo que sugere propostas de melhoria e refere falhas e vantagens (Minghini e Ligerio, 2010).

Por fim, a ação independente das partes traduz-se numa ação autónoma por parte dos indivíduos envolvidos, e pode ser expressa através de três acções: a submissão, na qual uma das partes cede perante a outra; a persuasão, em que uma das partes tenta persuadir a outra a ceder; e a cooperação, quando as partes consideram cooperar e deste modo alcançar um consenso (Bataglia, 2006).

Tendo em conta que os conflitos sempre existiram nas organizações pretendeu-se ao longo deste ponto, encontrar as causas e consequências dos conflitos para apresentar sugestões de possíveis mudanças e melhorias, alcançando a melhor forma de gerir o conflito interno (conflito organizacional).

Conclui-se que as estratégias de gestão de conflitos utilizadas pela organização desempenham um papel essencial. “ Gerir adequadamente os conflitos relaciona-se com a capacidade de contribuir para o desempenho grupal e organizacional satisfazendo, simultaneamente, as necessidades sociais, morais e éticas dos membros do grupo” (Rahim, 1992, p.12).

Após esta análise acerca da gestão do conflito, parece não existir grande margem de dúvida, de que a preferência deva recair na solução obtida através da negociação (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2006). Referindo-se a este tema, Almeida (1999) referiu que a negociação e a mediação surgem como os melhores processos de solucionar conflitos, constituindo-se no melhor caminho para ganhar soluções.

Devido à sua pertinência enquanto estratégia de solução de conflitos, o ponto seguinte abordará o tema da negociação, pois parece, que quem negocia melhor, além de alcançar os seus objectivos, evita custos e dores de cabeça (Borfone e Moffitt, 2006 citados por Falcão, 2006).

3.4. Negociação

As estratégias de gestão construtiva de conflitos são alternativas, pacíficas e eficientes para a resolução de conflitos. De entre as diversas técnicas que existem e que foram abordadas no primeiro capítulo, destaca-se a negociação.

Esta pode ser entendida como um processo de gestão de conflitos entre duas ou mais partes, em que cada uma modifica as suas exigências por forma a alcançar uma resolução favorável para todos os intervenientes (Cunha, 2008). De acordo com Gil (2008), o processo de negociação pode integrar duas formas gerais de negociadores, os flexíveis e os inflexíveis. O negociador inflexível é aquele que encara qualquer situação como um confronto e eleva o seu espírito competitivo ao máximo, possuindo como objectivo ganhar. Por seu lado, o negociador flexível é aquele que aceita escutar o outro e trocar ideias por forma a chegar a uma solução benéfica para todos os intervenientes (Gil, 2008).

Significa, assim, ter-se presente que se capitalizam os meios de resolução de um problema através do diálogo e de forma civilizada. A negociação procura solucionar o conflito de forma a que a solução encontrada se revele satisfatória para todos os implicados. (Cunha, 2008)

Existem elementos centrais que definem a sua natureza, que sucintamente passam pela: existência de uma relação de interdependência entre os envolvidos; esta relação é motivacionalmente contraditória; a negociação encontra-se mediada pelas relações de poder que se verificam entre os envolvidos; esta depende, em grande medida, da percepção que os agentes sociais têm do próprio processo negocial, isto é, as expectativas que se depositam na negociação baseiam-se na percepção que se tem de as alcançar (Pruitt, 1981; Serrano & Rodriguez, 1993)

Segundo Nursing (2000), a negociação deve ser conduzida da seguinte forma:

- 1) Verificar os factos de modo a clarificar a situação e conseguir um acordo de ambas as partes;
- 2) Separar as pessoas do problema;
- 3) Defender as posições baseando-se em princípios e não em personalizações;
- 4) Dar ênfase ao princípio da igualdade;
- 5) Colocar questões em vez de afirmações;
- 6) Identificar os princípios do outro;
- 7) Ouvir, atentamente, reformular e clarificar;
- 8) Não decidir imediatamente. Deve dar-se tempo para pensar na situação e apresentar uma resposta solucionadora;
- 9) Apresentar as razões antes de avançar com uma proposta;
- 10) Apresentar a proposta com base na justiça;
- 11) Apresentar alternativas para a eventualidade de um acordo ou desacordo;
- 12) Dar oportunidade ao outro tem influencia no resultado final
- 13) Terminar de uma forma conciliatória mesmo que não fique inteiramente satisfeito.

A negociação assume-se, deste modo, como uma forma extraordinária de prática social. Daí que negociar não é mais que um acto com vista a produzir um resultado. Esse resultado, o acordo, é, muitas vezes, uma decisão que afeta os protagonistas, ou seja, representa decisões sobre a forma da colaboração entre partes. É através da negociação que as partes procuram por meio de diálogo encontrar uma solução que, na melhor das hipóteses, satisfaz inteiramente ambas e, na pior, produz resultados desiguais, mas, em todo o caso, preferíveis às alternativas disponíveis (Jesuino, 1992).

Parte Empírica

Capítulo IV – Estudo Empírico

4.1. Pertinência do Tema

Desde que o ser humano surgiu que se constata a ocorrência de uma série de conflitos na sua vida, tanto em termos pessoais como profissionais. À medida que o homem se desenvolveu cultural e tecnologicamente, os conflitos foram mudando em intensidade, magnitude e quanto ao número de envolvidos (Neto, 2005).

Os conflitos emergem em qualquer local, exterior ou interior, e as instituições de saúde, por vezes, não dispõem de respostas eficazes para os resolver ou gerir. Assim sendo, é importante ponderar as diferentes estratégias de gestão de conflito que sejam capazes de dar a resposta adequada aos desafios que as organizações da área da saúde atualmente colocam (Pacheco, 2006).

A ocorrência de conflitos é uma constante, devido a fatores como o grande nível de tensão intra e interpessoal, a elevada competitividade das carreiras, a organização do trabalho humano por turnos, a rede complexa de personalidades em interação constante, a vulnerabilidade permanente na relação profissional-doente, entre outros.

Neste sentido, a World Health Organization (WHO) defende que é imperativo adotar estratégias da construção da paz para assegurar ganhos duradouros no domínio da saúde, e para tal, é essencial que se possuam estratégias, táticas e instrumentos adequados, a fim de fazer frente às situações conflituosas de maneira positiva, reduzindo os seus custos (Miguelote & Cunha, 2014).

De facto, parece ser indubitável que a forma como os conflitos são geridos (ou não) entre doente/médico, entre profissionais da saúde, entre estes e os profissionais administrativos, etc., permitirá uma melhoria das práticas profissionais e das relações interpessoais (Miguelote & Cunha, 2014).

Por outro lado, é ainda importante ter em conta que uma eficaz gestão de conflitos irá promover não só vantagens para os profissionais de saúde, mas também fomentar a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos seus utentes, contribuindo para que estes sejam mais autónomos e eficientes na gestão da sua saúde (Alves, 2011).

4.2. Definição de objetivos e variáveis de estudo

Com o presente estudo pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Caracterizar as estratégias de gestão de conflitos utilizadas pelos utentes da amostra, relacionando a qualidade de interação destes com os profissionais de saúde.

Objetivos específicos:

1. Analisar as estratégias a que os utentes mais recorrem para gerirem os conflitos em que se vêem envolvidos;
2. Caracterizar a percepção que os utentes têm da qualidade de interação entre estes e os profissionais de saúde;
3. Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e o sexo dos participantes no estudo;
4. Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e as diferentes faixas etárias dos respondentes;
5. Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e o estado civil dos inquiridos;
6. Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e os diferentes níveis de habilitações literárias dos indivíduos da amostra selecionada;
7. Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e as diferentes profissões e respetiva situação na profissão dos sujeitos da amostra;
8. Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e a experiência negocial dos respondentes;
9. Analisar a qualidade da interação Profissional de Saúde-Doente entre os diferentes sexos.

Segue-se a enumeração das variáveis em estudo, onde podemos categorizá-las em primárias e secundárias. A variável estratégias de gestão de conflitos operacionalizou-se em 5 categorias: Acomodação, Compromisso, Dominação, Resolução de problemas e Evitação e foi numerada numa escala de tipo Likert (de 1 a 5) de acordo com o grau de concordância dos sujeitos.

As variáveis secundárias estudadas foram as seguintes:

- a) Sexo (variável nominal, operacionalizada em Masculino e Feminino);

b) Idade (variável rácio, operacionalizada nos grupos etários 15-25, 26-40, 41-55, 56-70 e mais de 70);

c) Estado civil (variável nominal, operacionalizada em solteiro, casado e outro (união de facto, separado, divorciado e viúvo));

d) Habilitações literárias (variável ordinal, operacionalizada em Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior);

e) Profissão e respetiva situação na profissão (variável nominal, operacionalizada em Empregado no setor primário, Empregado no setor secundário, Empregado no setor terciário, Desempregado, Estudante e Reformado);

h) Experiência negocial (variável nominal, operacionalizada em Sim e Não).

4.3.Método

Este ponto aborda as hipóteses de trabalho, as variáveis do estudo e os instrumentos utilizados para a sua medição. Pretende-se também dar continuidade aos restantes elementos essenciais ao plano de investigação que são a população em estudo, a seleção da respetiva amostra, os instrumentos de colheita de dados e as estratégias para a sua análise, os aspectos éticos e as limitações do estudo.

4.4.Tipo de investigação

De acordo com Carmo e Ferreira (1998, citados por Pereira, 2006), o método de investigação quantitativo consiste num processo de recolha de dados observáveis e quantificáveis, e está essencialmente ligado à investigação experimental, ou seja, pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas, o controlo de variáveis, a seleção de uma amostragem aleatória, a verificação ou rejeição das hipóteses. Esta investigação quantitativa assenta no facto de que os seres humanos são compostos por partes (características fisiológicas, psicológicas e sociais) que podem ser medidas e controladas (Fortin, 2000, citado por Pereira, 2006).

De acordo com Fortin (2000), o questionário auxilia a organizar, a normalizar e a controlar os dados, para que as informações procuradas e obtidas possam ser colhidas de forma rigorosa. A presente investigação consiste, desta forma, numa abordagem metodológica de carácter quantitativa, sendo que a análise incide nas respostas obtidas pelo método de inquérito por questionário, constituído por perguntas fechadas.

4.5.Participantes

Para Prodanov (2006, citado por Beck, 2009, p.34), o universo de pesquisa trata-se “das pessoas, coisas ou fenómenos pesquisados, enumerando características comuns, como por exemplo, sexo, faixa etária, organização a que pertencem”. Carmo e Ferreira (1998, p. 191) descrevem a população alvo como “o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outro conjunto de elementos...”.

No presente investigação, avaliou-se uma amostra não probabilística de 150 indivíduos utentes de uma USF da Zona Centro de Portugal, maioritariamente do sexo masculino (52.00%); com idades compreendidas entre os 18 e 80 anos ($M= 43,63$; $DP= 18,39$), variando o seu nível de escolaridade entre o ensino básico e o doutoramento ($M= 2.03$; $DP= 1,47$).

Quadro 2

Distribuição da amostra conforme as variáveis de caracterização: sexo, habilitações literárias, estado civil, profissão e experiência negocial.

Caraterização do respondente	N	%
Sexo		
Masculino	78	52
Feminino	72	48
Habilitações literárias		
Ensino Básico	71	47.3
Ensino Secundário	53	35.3
Ensino Superior	26	17.4
Estado Civil		
Casado	94	62.7
Solteiro	39	26
Outro (União de fato, Separado, Divorciado, Viúvo)	17	11.3
Experiência Negocial		
Sim	64	42.7
Não	86	57.3

4.6. Material

A bateria utilizada nesta avaliação incluiu os seguintes instrumentos:

1. Breve questionário sócio-demográfico incluído no *Dutch*, com vista a recolher informação sobre algumas variáveis sóciodemográficas como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e respetiva situação na profissão e experiência negocial;
2. *The Dutch Test for Conflict Handling*: desenvolvido por de Dreu, Evers, Beersma, Kluwer e Nauta em 2001, com o objetivo de avaliar as estratégias de gestão de conflitos em ambiente organizacional e laboral, nomeadamente através dos seguintes domínios: acomodação, compromisso, dominação, resolução de problemas e evitamento. Este instrumento é constituído por 20 itens;
3. O QQPPI, desenvolvido por Silva et al, em 2014, e que avalia a qualidade da interação utente-profissional de saúde, sendo constituído por 14 itens.

Quadro 3

Caraterização do instrumento DUTCH

Dimensões	Nº de itens	Itens/ Exemplo	Valores Mínimo/Máximo
Acomodação	4	- 1; 6; 11; 16 (ex: Acedo aos desejos da outra parte)	
Compromisso	4	- 2; 7; 12; 17 (ex: Ênfase que temos de encontrar uma solução de compromisso)	
Dominação	4	- 3; 8; 13; 18 (ex: Forço o meu ponto de vista)	Escala de Likert de 5 pontos que apresenta o valor mínimo 1
Resolução de Problemas	4	- 4; 9; 14; 19 (ex: Examinamos os assuntos até encontrar uma solução que realmente me satisfaça e também à outra parte)	(Nunca) e o valor máximo 5 (Habitualmente).
Evitamento	4	- 5; 10; 15; 20 (ex: Evito um confronto sobre as nossas diferenças)	

4.7.Procedimentos

O questionário DUTCH foi alvo da primeira tradução para Língua Portuguesa da nossa parte, e trata-se, assim, do primeiro estudo em Portugal com o instrumento em análise.

Foram solicitadas as devidas autorizações que englobam a Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Obtida estas autorizações, apresentou-se o estudo aos coordenadores da respetiva USF da Zona Centro de Portugal, onde se obteve o parecer positivo de todos os membros, que assim autorizaram a realização do mesmo.

A população alvo deste estudo é composta por adultos (com uma idade mínima de 18 anos, sem limite para idade máxima), utentes da USF que deram o seu consentimento informado para participar no estudo e que foram, portanto, informados de que eram livres de aceitar ou não, participar no estudo. Estes mesmos participantes foram ainda informados que eram livres de desistir em qualquer momento, mesmo que tivessem já iniciado a resposta aos questionários. Os participantes tinham ainda que se encontrar em acompanhamento na respetiva USF.

O modelo de consentimento informado adoptado foi o da Direcção – Geral da Saúde e o modelo da UFP.

Os participantes foram incluídos no estudo à medida que foram aparecendo para o seguimento em consulta com o médico, que sinalizou os utentes e os encaminhou para o investigador que estava a fazer a recolha de dados. Os questionários foram de auto-preenchimento quando os indivíduos apresentavam autonomia para tal, caso contrário o próprio investigador se encarregou de ajudar a preenchê-los. A administração de todos os instrumentos demorou, em média, 20 minutos.

Não foram recolhidos dados pessoais dos participantes que os permitissem identificar. Os documentos de consentimento informado assinado foram mantidos em separado dos questionários respondidos pelo participante, de modo a que os dois documentos não possam em momento algum ser emparelhados, impossibilitando, assim, a identificação da pessoa. Os dados foram codificados na base de dados em que não constam quaisquer informações que permitam identificar os respondentes. Apenas os investigadores têm acesso aos questionários respondidos e à base de dados que foi construída.

Em todos os momentos foi mantida a confidencialidade e anonimato no que respeita aos dados recolhidos, sendo que estes não foram transmitidos nominalmente, todas as

comunicações relativas a resultados provenientes deste estudo, dirão apenas respeito ao grupo avaliado e em momento algum a indivíduos específicos.

No que respeita à análise dos dados recolhidos, de forma a verificarmos as correlações utilizamos o coeficiente de Pearson, que é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas que pode variar entre -1 e 1, sendo que um coeficiente de +1 significa que existe uma correlação perfeita positiva entre as variáveis, ou seja, por exemplo, quando uma aumenta a outra também aumenta num valor proporcional (Pestana & Gageiro, 2008). Contudo, devemos sempre recordar que o coeficiente de correlação de Pearson não demonstra uma relação de causa-efeito (Martinez & Ferreira, 2007). Quando avaliamos a fidelidade do instrumento utilizamos como medida o *Alpha de Chronbach*, que é uma das medidas mais utilizadas para se verificar a consistência interna de um grupo de itens e varia entre 0 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008; Ribeiro, 1999).

No estudo da sensibilidade do DUTCH, optou-se por apreciar a média dos resultados e a sua proximidade em relação à mediana e à moda da distribuição. Numa distribuição normal dever-se-á conseguir que os resultados se distribuam acima e abaixo da média numa amplitude de 2,5 ou 3 unidades de desvio-padrão (Almeida & Freire, 2003) e ainda se recorreu à análise da assimetria e da curtose.

Relativamente à assimetria, devemos começar por recordar que uma distribuição é simétrica ou não enviesada quando o eixo que passa pela média a divide em duas partes simetricamente iguais, ou por outras palavras, quando as medidas de localização (média, moda e mediana) têm o mesmo valor (Bisquerra, Sarriera & Martínez, 2004; Martinez & Ferreira, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

O coeficiente de assimetria não tem uma interpretação direta, mas quanto mais o valor se distanciar de zero, maior será o grau de assimetria da distribuição. Para níveis de significância de 0,05 os valores interpretação da seguinte forma:

- Distribuição simétrica – caso em que o *z-score* tende para o valor zero;
- Distribuição enviesada à esquerda (assimétrica positiva) – caso em que *z-score* está acima de 1,96;
- Distribuição enviesada à direita (assimetria negativa) – caso em que o *z-score* está abaixo de -1,96 (Martinez & Ferreira, 2007; Pestana & Gageiro, 2008;).

Por sua vez, a curtose diz respeito ao grau de achatamento de uma distribuição, ou seja, o achatamento calcula-se através da comparação com uma distribuição normal, para um dado desvio padrão e indica a intensidade das frequências de resposta à volta

de um ponto central. Tal como acontece com a assimetria, o coeficiente de curtose não tem interpretação directa e a interpretação dos valores, baseados em níveis de significância de 0,05, faz-se da seguinte forma:

- Distribuição mesocúrtica – *z-score* tende para o valor zero;
- Distribuição leptocúrtica (tendência pontiaguda) – *z-score* acima de 1,96;
- Distribuição platicúrtica (tendência achatada) – *z-score* abaixo de -1,96; (Pestana & Gageiro, 2008; Martinez & Ferreira, 2007)

Em termos de análises diferenciais, a utilização do Teste-T é apropriada para quando temos uma variável resposta quantitativa contínua e duas amostras consideradas independentes, e temos presente o pressuposto da normalidade em ambas. Foi o que se utilizou no caso do cruzamento entre a variável sexo e os diferentes estilos de gestão de conflito, assim como entre a variável experiência negocial e os mesmos.

Em termos de análises diferenciais, recorrendo-se novamente ao Programa SPSS, versão, foram realizadas diversas análises de variância (ANOVA Univariada) de modo a analisar as possíveis diferenças existentes entre as variáveis idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e respetiva posição na profissão e experiência prévia em negociação de conflitos com o recurso às diferentes estratégias de gestão de conflitos (Acomodação, Compromisso, Dominação, Resolução de problemas e Evitação).

Quanto às análises realizadas sobre a perceção dos utentes face à qualidade da interação profissional de saúde-doente, realizaram-se da mesma forma análises de variância (ANOVA Univariada) de modo examinar possíveis diferenças existentes entre as variáveis secundárias acima referidas com as variáveis primárias (estratégias de gestão de conflitos).

Capítulo V – Análise e Discussão dos Resultados

5.1. Introdução

Procedeu-se à análise de dados através da utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences*. Os mesmos serão apresentados seguindo a ordem dos objetivos específicos anteriormente referidos.

Nesse sentido, neste capítulo será apresentada a análise dos dados recolhidos no decorrer da investigação científica efectuada, bem com a discussão dos resultados obtidos à luz dos conteúdos desenvolvidos nos três primeiros capítulos da presente tese.

5.2. Validade do DUTCH

Neste estudo, tal como no estudo original, recorreremos à análise fatorial, uma vez que de acordo com o princípios enunciados por Pestana e Gageiro (2008) podemos considerar que temos uma amostra suficiente ampla, constituída por 150 sujeitos, para tal, que tem como objetivo encontrar fatores comuns num grupo de variáveis.

Executamos ainda o teste de KMO, para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, e obtivemos um resultado de 0.70, que é aceitável e bom, podendo nós assim prosseguir para a análise fatorial (Martinez & Ferreira, 2007; Pereira, 2004; Pestana & Gageiro, 2008). Para rotação e extração dos fatores optamos pela escolha de uma rotação Varimax com Normalização de Kaiser.

Quadro 4

Matriz de Componente Rotativa

Dominínio	Itens	Factores				
		1	2	3	4	5
Acomodação	1. Acedo aos desejos da outra parte	,239	,758	-,101	,298	,251
	6. Concordo com a outra parte	-,333	,450	,353	,472	,098
	11. Tento acolher a perspectiva da outra parte	,230	,723	,367	,094	,102
	16. Adapto-me aos objectivos e interesses das outras partes	-,058	,721	,122	-,034	,133
Compromisso	2. Tento arranjar uma solução intermédia	-,012	,304	,223	,245	,777
	7. Enfatizo que temos de encontrar uma solução de compromisso	,610	,431	,124	,043	,380
	12. Insisto que ambos temos de fazer algumas concessões	-,049	,364	,796	,126	-,023

	17.Sempre que possível, esforço-me para garantir um compromisso 50/50	,562	,384	,170	-,104	,129
Dominação	3.Forço o meu ponto de vista	,783	-,181	-,321	,060	,102
	8.Procuro ganhos	-,077	-,079	,115	,010	,183
	13.Luto sempre por um bom resultado para mim mesmo	,793	,130	-,038	-,182	-,166
	18.Faço tudo para vencer	,870	-,025	-,122	,003	,005
Resolução de Problemas	4.Examino os assuntos ate encontrar uma solução que realmente me satisfaça e tambem a outra parte	,177	,173	,084	,053	,892
	9.Defendo os meus proprios objectivos e interesses assim como os da outra parte	-,157	,003	,806	,088	,256
	14.Examino as ideias de ambos os lados de modo a encontrar uma optima solução mutua	,100	,385	,457	,472	,192
	19.Tento encontrar uma solução que sirva o melhor possível os meus interesses assim com os da outra parte	,606	,128	,197	,278	,273
Evitação	5.Evito um confronto sobre as nossas diferenças	-,013	,103	-,150	,792	,384
	10.Evito ao máximo as diferenças de opinião	,131	,399	,110	,405	-,244
	15.Tento atenuar as diferenças	-,253	,554	,331	,266	,245
	20.Tento evitar o confronto com o outro	-,011	,040	,379	,815	-,054

Identificaram-se 5 fatores, que explicam 71.68 % da variância, e os dois primeiros fatores explicam, respetivamente, 29.40 % e 19.39% da variância total.

A análise dos resultados permite verificar que existem correlações positivas elevadas e estatisticamente significativas, que nos permitem nomear o fator 1 como Dominação, pois apresenta na maioria dos seus itens $\rho < 0.05$, eles são item 3 ($\rho = 0.78$), item 13 ($\rho = 0.79$) e item 18 ($\rho = 0.87$); o fator 2 nomeado de Acomodação, que equiparado ao domínio Dominação também apresenta a maioria dos seus itens com valores muito significativos, item 1 ($\rho = 0.76$), item 11 ($\rho = 0.72$) e item 16 ($\rho = 0.72$), sendo importante referir que o item 6 apresenta também um valor ($\rho = 0.45$), que embora não superior a 0.05 ajuda-nos a classificar o factor; quanto ao fator 3 a sua nomeação foi designada de Resolução de Problemas, embora tenhamos verificado valores significativos também no item 12 ($\rho = 0.80$) que corresponde ao domínio Compromisso, os valores no domínio Resolução de Problemas apresentam-se mais elevados, temos o item 9 com $\rho = 0.81$ e o item 14 com $\rho = 0.46$ que se aproxima bastante de $\rho < 0.05$.

Temos também o fator 4 nomeado como Evitação, pois temos o item 5 com $\rho = 0.79$ e o item 20 com $\rho = 0.82$, é importante referir que temos também o item 10 pertencente ao mesmo domínio com valor de $\rho = 0.41$. Por fim, temos o fator Compromisso que assim como o fator 3, nomeado de Resolução de Problemas, apresenta valores significativos em dois domínios distintos, no domínio de Resolução de Problemas, no item 4 com $\rho = 0.89$, e no domínio Compromisso no item 12 com $\rho = 0.78$, optou-se por nomea-lo de Compromisso pois analisando os restantes itens temos também o item 7 com $\rho = 0.38$ que de entre os restantes itens do domínio Resolução de Problemas é o valor mais próximo de $\rho < 0.05$.

Para além da análise fatorial, procedemos à análise das correlações, verificando os valores do coeficiente de Pearson.

Os valores das correlações obtidos encontram-se representados no seguinte quadro:

Quadro 5
Correlações

		Acomodação	Compromisso	Dominação	Resolução de Problemas	Evitação
Acomodação	Correlação de Pearson	1	,697**	-,016	,578**	,600**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,845	,000	,000

	N	150	150	150	150	150
Compromisso	Correlação de Pearson	,697**	1	,223**	,819**	,422**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,006	,000	,000
	N	150	150	150	150	150
Dominação	Correlação de Pearson	-,016	,223**	1	,129	,039
	Sig. (2 extremidades)	,845	,006		,116	,636
	N	150	150	150	150	150
Resolução de Problemas	Correlação de Pearson	,578**	,819**	,129	1	,501**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,116		,000
	N	150	150	150	150	150
Evitação	Correlação de Pearson	,600**	,422**	,039	,501**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,636	,000	
	N	150	150	150	150	150

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

A análise dos resultados permite verificar que existem correlações positivas estatisticamente significativas entre todos os domínios à exceção do domínio Dominação.

Contudo, verifica-se que o domínio resolução de problemas se correlaciona mais com o Compromisso, assim como a Acomodação e a Dominação, sendo que neste último é a única existência de correlação.

5.3. Fidelidade do DUTCH

De forma a avaliarmos a fidelidade passamos então à análise da consistência interna dos itens, ou seja, analisamos a proporção da variabilidade nas respostas obtidas, utilizando como medida o *Alpha de Chronbach*.

No quadro 6 encontram-se representados os valores de *Alpha de Chronbach* encontrados para cada domínio no estudo original e neste estudo, assim como o *Alpha de Chronbach* total obtido.

Quadro 6

Comparações de valores de Alpha de Chronbach

Domínios	<i>Alpha de Chronbach</i> (Dreu, Evers, Beersma, Kluwer & Nauta, 2001)	<i>Alpha de Cronbach</i> (presente estudo)
Acomodação	0.65	0.65
Compromisso	0.66	0.61
Dominação	0.70	0.85
Resolução de Problemas	0.68	0.63
Evitação	0.73	0.69
Total	—	0.74

No que respeita ao Alpha de Chronbach de cada domínio, podemos verificar que este varia entre 0.61 e 0.85 sendo razoável em relação ao estudo original que se apresenta fraca, pois os seus valores encontram-se entre os 0.6 e os 0.7.

5.4. Sensibilidade do DUTCH

Os procedimentos de análise da sensibilidade dos resultados são diversos, embora todos ligados à questão da normalidade ou não-normalidade da distribuição dos resultados em análise (Almeida & Freire, 2003).

Quadro 7

Valores de assimetria, curtose, média, moda, mediana e desvio-padrão por item

Itens		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N	Válido	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
	Ausente	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Média		3,42	3,76	3,44	3,57	3,93	3,59	3,69	3,53	4,22	3,85
Mediana		3,00	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Modo		3	4	3	3	4	3	3	5	4	5
Desvio Padrão		,992	,817	1,138	,937	,960	,978	,787	1,278	,722	1,180
Assimetria		,413	-,130	,150	,306	-,603	,168	,200	-,520	-,468	-,741
Erro de assimetria padrão		,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198	,198

Quadro 8

Estatísticas descritivas – qualidade da interação profissional de saúde-doente

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio		Curtose		
					Padrão	Assimetria	Erro	Erro	
	Est	Estatíst	Estatístic	Estatístic	Estatístic	Estatístic	Padrã	Estatístic	Padrã
	tica	ica	a	a	a	a	o	a	o
O profissional de saúde pareceu estar genuinamente interessado nos meus problemas	150	1	5	3,71	1,113	-,240	,198	-,873	,394
O profissional de saúde deu-me informação detalhada sobre as opções de tratamento disponíveis	150	1	5	3,12	1,158	,262	,198	-,824	,394
Senti que poderia ter confiado ao profissional de saúde os meus problemas privados	150	1	5	3,65	1,317	-,520	,198	-,851	,394
O profissional de saúde e eu decidimos em conjunto todas as decisões de tratamento	150	1	5	3,07	1,205	,208	,198	-,943	,394
As explicações do profissional de saúde foram fáceis de compreender	150	1	5	3,70	,947	-,231	,198	-,423	,394
O médico gastou tempo suficiente na minha consulta	150	1	5	3,86	1,093	-,374	,198	-1,125	,394

O profissional de saúde falou-me com detalhe sobre os riscos e efeitos secundários do tratamento proposto	150	1	5	3,01	1,368	,211	,198	-1,266	,394
O profissional de saúde compreendeu as minhas necessidades e problemas e levou-os seriamente	150	1	5	3,99	1,129	-,682	,198	-,680	,394
O profissional de saúde fez tudo o que podia para eu me sentir à vontade	150	1	5	4,05	1,095	-,870	,198	-,126	,394
O profissional de saúde perguntou-me como é que a minha doença afecta o meu dia-a-dia	150	1	5	3,77	1,378	-,664	,198	-,905	,394
O profissional de saúde deu-me tempo suficiente para falar sobre todos os meus problemas	150	1	5	3,76	1,267	-,460	,198	-1,153	,394
O profissional de saúde respeita o facto de eu poder ter uma opinião diferente em relação ao tratamento	150	1	5	3,11	1,254	,375	,198	-1,079	,394
O profissional de saúde fez-me um exame aprofundado	150	1	5	3,73	1,351	-,533	,198	-1,076	,394

O profissional de saúde deu-me informação detalhada sobre a minha doença	150	1	5	3,79	1,276	-,528	,198	-1,055	,394
N válido (de lista)	150								

Analisando os resultados do quadro 6 podemos concluir que os utentes da amostra avaliam a qualidade da interação profissional de saúde-doente como razoável, pois verificamos que a média é de aproximadamente 3 em todos os itens, á exceção do item 9 que apresenta uma média de 4.05.

Objetivo 3

Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e o sexo dos participantes no estudo.

Quadro 9

Teste T – Sexo e estratégias de gestão de conflitos

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Acomodação	Masculino	78	15,00	3,041	,344
	Feminino	72	14,49	2,116	,249
Compromisso	Masculino	78	15,28	2,318	,262
	Feminino	72	15,28	2,151	,253
Dominação	Masculino	78	13,88	2,573	,291
	Feminino	72	13,74	3,390	,400
Resolução de Problemas	Masculino	78	15,99	2,355	,267
	Feminino	72	15,85	2,141	,252
Evitação	Masculino	78	16,54	2,521	,285
	Feminino	72	15,88	3,135	,369

Quadro 10

Diferenças entre sexo e estratégias de gestão de conflitos

		Teste de Levene para igualdade de variâncias				teste-t para Igualdade de Médias				
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Acomodação	Variâncias iguais assumidas	10,198	,002	1,192	148	,235	,514	,431	-,338	1,366
	Variâncias iguais não assumidas			1,209	137,846	,229	,514	,425	-,327	1,355
Compromisso	Variâncias iguais assumidas	,080	,778	,012	148	,991	,004	,366	-,719	,728
	Variâncias iguais não assumidas			,012	147,995	,991	,004	,365	-,717	,725
Dominação	Variâncias iguais assumidas	3,315	,071	,304	148	,762	,149	,489	-,818	1,115
	Variâncias iguais não assumidas			,300	132,147	,764	,149	,495	-,830	1,127
Resolução de Problemas	Variâncias iguais assumidas	,051	,821	,380	148	,705	,140	,368	-,588	,868
	Variâncias iguais não assumidas			,381	147,968	,704	,140	,367	-,585	,865
Evitação	Variâncias iguais assumidas	2,597	,109	1,433	148	,154	,663	,463	-,251	1,578
	Variâncias iguais não assumidas			1,421	136,282	,158	,663	,467	-,260	1,587

Tendo em conta que o teste *t* assume que os desvios padrão (ou variâncias) dos dois grupos são iguais, utilizou-se o teste de Levene para verificar esta assumpção. Neste caso o valor de significância obtido no teste é de $0,001 < 0,005$ pelo que, se aceita a hipótese de que os desvios padrão são diferentes. Posto isto, lê-se os resultados obtidos na linha *Equal variances not assumed*. Podemos então concluir que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres.

Renwick, em 1977, utilizando um instrumento com um único item, não encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres nos seus estilos de lidar com o conflito. Schockley-Zaçabak (1981), apoiando-se no *Conflict Management Survey* (Hall, 1969) também não encontrou quaisquer diferenças significativas entre homens e mulheres. Recentemente, num estudo realizado em Portugal em contextos culturais, Cunha, Silva e Moreira (2003), com uma amostra de 197 pessoas, concluíram que, de um modo geral, as mulheres partilham da mesma posição perante o conflito que os homens. Mesmo assim, nesse mesmo estudo, foi constatada alguma diferença entre homens e mulheres no estilo concessão mútua (compromisso), apresentando as mulheres maior tendência para o compromisso do que os seus colegas homens.

Tais autores consideram que estes resultados coincidem, de certo modo, com os de Munduate, Ganaza e Alcaide (1993), ou seja, os homens e as mulheres adoptam uma posição semelhante perante a gestão do conflito. Num outro estudo, realizado no Japão por Cole (1996), foi observado que os homens usavam mais o estilo dominar do que as mulheres, enquanto as mulheres utilizavam mais os estilos de evitamento e concessão mútua.

Resumido estes estudos, poderemos afirmar genericamente que não há diferenças entre os estilos preferidos pelos homens ou pelas mulheres, com uma única possível exceção: que as mulheres têm maior tendência para utilizar uma estratégia de negociação, e menos de confrontação. Tal como para o tema da personalidade, a relação entre o género e os estilos de lidar com o conflito é débil (correlações baixas mas significativas) e não conclusiva. A conclusão estabelecida por Wall e Blum (1991), após terem realizado uma revisão da literatura, foi a de que existe uma relação fraca e inconsistente, entre o género e os estilos de lidar com o conflito. As possíveis explicações para todas estas incoerências, entre os vários estudos, podem residir no facto de alguns destes estudos terem sido realizados em laboratório, enquanto outros ocorreram no terreno, nas próprias organizações.

A utilização de instrumentos diferentes também pode ter enviesado os resultados.

Objectivo 4

Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e as diferentes faixas etárias dos respondentes.

Quadro 11

ANOVA Univariada – faixas etárias e estratégias de gestão de conflitos

		Soma dos		Quadrado		
		Quadrados	df	Médio	Z	Sig.
Acomodação	Entre Grupos	152,760	4	38,190	6,242	,000
	Nos grupos	887,113	145	6,118		
	Total	1039,873	149			
Compromisso	Entre Grupos	219,344	4	54,836	15,206	,000
	Nos grupos	522,896	145	3,606		
	Total	742,240	149			
Dominação	Entre Grupos	67,517	4	16,879	1,944	,106
	Nos grupos	1259,256	145	8,685		
	Total	1326,773	149			
Evitação	Entre Grupos	177,526	4	44,381	6,271	,000
	Nos grupos	1026,214	145	7,077		
	Total	1203,740	149			
Resolução de Problemas	Entre Grupos	188,943	4	47,236	12,142	,000
	Nos grupos	564,097	145	3,890		
	Total	753,040	149			

Considerando os diferentes grupos etários estabelecidos, verificam-se diferenças significativas na sua utilização em termos de idade. Tal só não é visível na estratégia Dominação. De facto, atendendo à idade o recurso às estratégias Acomodação, Compromisso, Resolução de Problemas e Evitação varia significativamente.

De acordo com a análise feita verificamos que a nível da estratégia Acomodação existe diferenças significativas nos grupos 18-25 e 26-40 em relação ao grupo etário mais de 70. Quanto ao Compromisso, verificamos que no grupo etário 56-70 existe diferenças significativas em relação a todos os outros grupos. Na Evitação só verificamos existência significativas entre médias entre os grupos etários 18-25, 26-40 e 56-70. Finalmente, na estratégia Resolução de Problemas, estas diferenças estão visíveis no grupo 56-70 onde se encontram médias significativas com todos os outros grupos etários, como se verifica, em seguida, no quadro 9.

Quadro 12

Diferenças entre faixas etárias e estratégias de gestão de conflitos

Variável dependente	(I) idade	(J) idade	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Acomodação	18-25	26-40	,264	,592	,995	-1,58	2,11
		41-55	,578	,693	,951	-1,58	2,74
		56-70	-1,460	,723	,399	-3,72	,80
		mais de 70	2,356*	,753	,049	,01	4,70
	26-40	18-25	-,264	,592	,995	-2,11	1,58
		41-55	,314	,584	,990	-1,51	2,14
		56-70	-1,724	,619	,107	-3,66	,21
		mais de 70	2,092*	,654	,041	,05	4,13
	41-55	18-25	-,578	,693	,951	-2,74	1,58
		26-40	-,314	,584	,990	-2,14	1,51
		56-70	-2,038	,717	,094	-4,27	,20
		mais de 70	1,777	,747	,231	-,55	4,11
	56-70	18-25	1,460	,723	,399	-,80	3,72
		26-40	1,724	,619	,107	-,21	3,66
		41-55	2,038	,717	,094	-,20	4,27
		mais de 70	3,816*	,775	,000	1,40	6,23
mais de 70	18-25	-2,356*	,753	,049	-4,70	-,01	
	26-40	-2,092*	,654	,041	-4,13	-,05	
	41-55	-1,777	,747	,231	-4,11	,55	
	56-70	-3,816*	,775	,000	-6,23	-1,40	
Compromisso	18-25	26-40	,203	,454	,995	-1,21	1,62
		41-55	1,562	,532	,077	-,10	3,22
		56-70	-1,991*	,555	,015	-3,72	-,26
		mais de 70	2,074*	,578	,015	,27	3,88
	26-40	18-25	-,203	,454	,995	-1,62	1,21
		41-55	1,358	,448	,062	-,04	2,76
		56-70	-2,194*	,475	,000	-3,68	-,71

		mais de 70	1,870*	,502	,010	,30	3,44
	41-55	18-25	-1,562	,532	,077	-3,22	,10
		26-40	-1,358	,448	,062	-2,76	,04
		56-70	-3,552*	,550	,000	-5,27	-1,84
		mais de 70	,512	,573	,938	-1,28	2,30
	56-70	18-25	1,991*	,555	,015	,26	3,72
		26-40	2,194*	,475	,000	,71	3,68
		41-55	3,552*	,550	,000	1,84	5,27
		mais de 70	4,065*	,595	,000	2,21	5,92
	mais de 70	18-25	-2,074*	,578	,015	-3,88	-,27
		26-40	-1,870*	,502	,010	-3,44	-,30
		41-55	-,512	,573	,938	-2,30	1,28
		56-70	-4,065*	,595	,000	-5,92	-2,21
Dominação	18-25	26-40	1,562	,705	,302	-,64	3,76
		41-55	1,931	,825	,248	-,64	4,51
		56-70	1,245	,861	,719	-1,44	3,93
		mais de 70	2,095	,897	,249	-,70	4,89
	26-40	18-25	-1,562	,705	,302	-3,76	,64
		41-55	,369	,696	,991	-1,80	2,54
		56-70	-,317	,738	,996	-2,62	1,99
		mais de 70	,533	,779	,976	-1,90	2,96
	41-55	18-25	-1,931	,825	,248	-4,51	,64
		26-40	-,369	,696	,991	-2,54	1,80
		56-70	-,685	,854	,958	-3,35	1,98
		mais de 70	,164	,889	1,000	-2,61	2,94
	56-70	18-25	-1,245	,861	,719	-3,93	1,44
		26-40	,317	,738	,996	-1,99	2,62
		41-55	,685	,854	,958	-1,98	3,35
		mais de 70	,849	,923	,932	-2,03	3,73
	mais de 70	18-25	-2,095	,897	,249	-4,89	,70
		26-40	-,533	,779	,976	-2,96	1,90
		41-55	-,164	,889	1,000	-2,94	2,61
		56-70	-,849	,923	,932	-3,73	2,03
Evitação	18-25	26-40	-1,990*	,636	,049	-3,98	,00
		41-55	-1,526	,745	,384	-3,85	,80
		56-70	-3,771*	,778	,000	-6,20	-1,34

		mais de 70	-2,469	,810	,059	-5,00	,06
26-40	18-25		1,990*	,636	,049	,00	3,98
	41-55		,464	,628	,969	-1,49	2,42
	56-70		-1,781	,666	,135	-3,86	,30
	mais de 70		-,479	,703	,977	-2,67	1,72
41-55	18-25		1,526	,745	,384	-,80	3,85
	26-40		-,464	,628	,969	-2,42	1,49
	56-70		-2,245	,771	,081	-4,65	,16
	mais de 70		-,943	,803	,847	-3,45	1,56
56-70	18-25		3,771*	,778	,000	1,34	6,20
	26-40		1,781	,666	,135	-,30	3,86
	41-55		2,245	,771	,081	-,16	4,65
	mais de 70		1,301	,833	,656	-1,30	3,90
mais de 70	18-25		2,469	,810	,059	-,06	5,00
	26-40		,479	,703	,977	-1,72	2,67
	41-55		,943	,803	,847	-1,56	3,45
	56-70		-1,301	,833	,656	-3,90	1,30
Resolução de Problemas	18-25	26-40	-,944	,472	,409	-2,42	,53
		41-55	,318	,552	,988	-1,41	2,04
		56-70	-2,902*	,577	,000	-4,70	-1,10
		mais de 70	,754	,600	,813	-1,12	2,63
26-40	18-25		,944	,472	,409	-,53	2,42
	41-55		1,263	,466	,124	-,19	2,72
	56-70		-1,958*	,494	,005	-3,50	-,42
	mais de 70		1,698*	,521	,036	,07	3,32
41-55	18-25		-,318	,552	,988	-2,04	1,41
	26-40		-1,263	,466	,124	-2,72	,19
	56-70		-3,220*	,571	,000	-5,00	-1,44
	mais de 70		,435	,595	,970	-1,42	2,29
56-70	18-25		2,902*	,577	,000	1,10	4,70
	26-40		1,958*	,494	,005	,42	3,50
	41-55		3,220*	,571	,000	1,44	5,00
	mais de 70		3,656*	,618	,000	1,73	5,58
mais de 70	18-25		-,754	,600	,813	-2,63	1,12
	26-40		-1,698*	,521	,036	-3,32	-,07

41-55	-,435	,595	,970	-2,29	1,42
56-70	-3,656*	,618	,000	-5,58	-1,73

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Objectivo 5

Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e o estado civil dos inquiridos.

Quadro 13

ANOVA Univariada – estado civil e estratégias de gestão de conflitos

		Soma dos		Quadrado		
		Quadrados	df	Médio	Z	Sig.
Acomodação	Entre Grupos	2,964	2	1,482	,210	,811
	Nos grupos	1036,910	147	7,054		
	Total	1039,873	149			
Compromisso	Entre Grupos	,692	2	,346	,069	,934
	Nos grupos	741,548	147	5,045		
	Total	742,240	149			
Dominação	Entre Grupos	114,371	2	57,186	6,934	,001
	Nos grupos	1212,402	147	8,248		
	Total	1326,773	149			
Resolução de Problemas	Entre Grupos	17,217	2	8,609	1,720	,183
	Nos grupos	735,823	147	5,006		
	Total	753,040	149			
Evitação	Entre Grupos	75,731	2	37,865	4,935	,008
	Nos grupos	1128,009	147	7,674		
	Total	1203,740	149			

Quanto à variável estado civil, verificam-se diferenças significativas apenas no estilo Dominação ($p=0.001$), que se verificam mais entre Outro (União de facto, Separado, Divorciado e Viúvo) e os grupos Solteiro e Casado, e no estilo Evitação onde está visível que as diferenças existentes situam-se apenas entre o estado civil Solteiro e Casado, como apresenta o quadro 14.

Quadro 14

Diferenças entre estado civil e as estratégias de gestão de conflitos utilizadas.

Variável dependente	(I) estadocivil	(J) estadocivil	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%
---------------------	-----------------	-----------------	-----------------------	-------------	------	----------------------------

						Limite inferior	Limite superior
Acomodação	Solteiro(a)	Casado(a)	-,298	,506	,841	-1,55	,95
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	-,024	,772	1,000	-1,93	1,88
	Casado(a)	Solteiro(a)	,298	,506	,841	-,95	1,55
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	,273	,700	,927	-1,46	2,00
	Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	Solteiro(a)	,024	,772	1,000	-1,88	1,93
		Casado(a)	-,273	,700	,927	-2,00	1,46
Compromisso	Solteiro(a)	Casado(a)	,082	,428	,982	-,98	1,14
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	,241	,653	,934	-1,37	1,86
	Casado(a)	Solteiro(a)	-,082	,428	,982	-1,14	,98
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	,159	,592	,965	-1,30	1,62
	Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	Solteiro(a)	-,241	,653	,934	-1,86	1,37
		Casado(a)	-,159	,592	,965	-1,62	1,30
Dominação	Solteiro(a)	Casado(a)	,722	,547	,421	-,63	2,07
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	3,086*	,835	,001	1,02	5,15
	Casado(a)	Solteiro(a)	-,722	,547	,421	-2,07	,63
Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)		2,364*	,757	,009	,49	4,24	
	Outro (União de	Solteiro(a)	-3,086*	,835	,001	-5,15	-1,02

	facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	Casado(a)	-2,364*	,757	,009	-4,24	-,49
Resolução de Problemas	Solteiro(a)	Casado(a)	-,726	,426	,238	-1,78	,33
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	-,935	,650	,358	-2,54	,67
	Casado(a)	Solteiro(a)	,726	,426	,238	-,33	1,78
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	-,209	,590	,939	-1,67	1,25
	Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	Solteiro(a)	,935	,650	,358	-,67	2,54
		Casado(a)	,209	,590	,939	-1,25	1,67
Evitação	Solteiro(a)	Casado(a)	-1,535*	,528	,016	-2,84	-,23
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	-,240	,805	,957	-2,23	1,75
	Casado(a)	Solteiro(a)	1,535*	,528	,016	,23	2,84
		Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	1,295	,730	,211	-,51	3,10
	Outro (União de facto; Separado; Divorciado e Viúvo)	Solteiro(a)	,240	,805	,957	-1,75	2,23
		Casado(a)	-1,295	,730	,211	-3,10	,51

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Objetivo 6

Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e os diferentes níveis de habilitações literárias dos indivíduos da amostra selecionada.

Quadro 15

ANOVA Univariada – habilitações literárias e estratégias de gestão de conflitos

		Soma dos		Quadrado		
		Quadrados	df	Médio	Z	Sig.
Acomodação	Entre Grupos	1,146	2	,573	,081	,922
	Nos grupos	1038,728	147	7,066		
	Total	1039,873	149			
Compromisso	Entre Grupos	15,209	2	7,604	1,538	,218
	Nos grupos	727,031	147	4,946		
	Total	742,240	149			
Dominação	Entre Grupos	35,527	2	17,763	2,022	,136
	Nos grupos	1291,247	147	8,784		
	Total	1326,773	149			
Resolução de Problemas	Entre Grupos	15,251	2	7,626	1,519	,222
	Nos grupos	737,789	147	5,019		
	Total	753,040	149			
Evitação	Entre Grupos	77,298	2	38,649	5,044	,008
	Nos grupos	1126,442	147	7,663		
	Total	1203,740	149			

Analisando a existência de diferenças entre as estratégias de gestão de conflitos usadas e as habilitações literárias dos indivíduos da amostra, podemos concluir que tal só é visível na estratégia Evitação, entre os grupos Ensino Básico e Ensino Superior, como se verifica no quadro 16.

Quadro 16

Diferenças entre Habilitações literárias e as estratégias de gestão de conflito utilizadas.

Variável dependente	(I)	(J)	Diferença		Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
			média (I-J)	Erro Padrão		Limite inferior	Limite superior
Acomodação	Ensino Básico	Ensino Secundário	,166	,483	,943	-1,03	1,36
		Ensino Superior	,191	,609	,952	-1,32	1,70
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-,166	,483	,943	-1,36	1,03
		Ensino Superior	,025	,636	,999	-1,55	1,60
	Ensino Superior	Ensino Básico	-,191	,609	,952	-1,70	1,32
		Ensino Secundário	-,025	,636	,999	-1,60	1,55
Compromisso	Ensino Básico	Ensino Secundário	,141	,404	,941	-,86	1,14
		Ensino Superior	-,764	,510	,328	-2,03	,50
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-,141	,404	,941	-1,14	,86

		Ensino Superior	-,905	,532	,239	-2,22	,41
	Ensino Superior	Ensino Básico	,764	,510	,328	-,50	2,03
		Ensino Secundário	,905	,532	,239	-,41	2,22
Dominação	Ensino Básico	Ensino Secundário	-1,021	,538	,169	-2,35	,31
		Ensino Superior	-,011	,679	1,000	-1,69	1,67
	Ensino Secundário	Ensino Básico	1,021	,538	,169	-,31	2,35
		Ensino Superior	1,010	,710	,366	-,74	2,77
	Ensino Superior	Ensino Básico	,011	,679	1,000	-1,67	1,69
		Ensino Secundário	-1,010	,710	,366	-2,77	,74
Resolução de Problemas	Ensino Básico	Ensino Secundário	,326	,407	,726	-,68	1,33
		Ensino Superior	-,609	,514	,497	-1,88	,66
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-,326	,407	,726	-1,33	,68
		Ensino Superior	-,935	,536	,223	-2,26	,39
	Ensino Superior	Ensino Básico	,609	,514	,497	-,66	1,88
		Ensino Secundário	,935	,536	,223	-,39	2,26
Evitação	Ensino Básico	Ensino Secundário	1,170	,503	,070	-,07	2,41
		Ensino Superior	1,790*	,635	,021	,22	3,36
	Ensino Secundário	Ensino Básico	-1,170	,503	,070	-2,41	,07
		Ensino Superior	,620	,663	,647	-1,02	2,26
	Ensino Superior	Ensino Básico	-1,790*	,635	,021	-3,36	-,22
		Ensino Secundário	-,620	,663	,647	-2,26	1,02

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Objetivo 7

Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e as diferentes profissões e respetivas situação na profissão dos sujeitos da amostra.

Quadro 17

ANOVA Univariada – Profissão e respectiva situação na profissão e estratégias de gestão de conflitos

		Soma dos		Quadrado		
		Quadrados	df	Médio	Z	Sig.
Acomodação	Entre Grupos	216,087	5	43,217	7,554	,000
	Nos grupos	823,787	144	5,721		
	Total	1039,873	149			
Compromisso	Entre Grupos	92,536	5	18,507	4,102	,002
	Nos grupos	649,704	144	4,512		
	Total	742,240	149			
Dominação	Entre Grupos	240,459	5	48,092	6,375	,000
	Nos grupos	1086,314	144	7,544		

	Total	1326,773	149			
Resolução de Problemas	Entre Grupos	40,622	5	8,124	1,642	,153
	Nos grupos	712,418	144	4,947		
	Total	753,040	149			
Evitação	Entre Grupos	175,470	5	35,094	4,915	,000
	Nos grupos	1028,270	144	7,141		
	Total	1203,740	149			

Considerando os diferentes grupos estabelecidos para a Profissão e Situação na Profissão, verificam-se diferenças significativas na sua utilização em termos da profissão e situação na profissão. Tal só não é visível no estilo Resolução de Problemas.

Quadro 18

Diferenças entre as Profissões e respetiva situação na profissão e as estratégias de gestão de conflitos utilizadas

Variável dependente	(I) Situação na Profissão	(J) Situação na Profissão	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Acomodação	Estudante	Setor Primário	2,063	1,036	,556	-1,43	5,56
		Setor Secundário	3,419*	,940	,025	,25	6,59
		Desempregada	3,780*	,955	,010	,56	7,00
		Setor Terceário	3,125*	,924	,049	,01	6,24
		Reformado	5,398*	,987	,000	2,07	8,73
	Setor Primário	Estudante	-2,063	1,036	,556	-5,56	1,43
		Setor Secundário	1,357	,725	,624	-1,09	3,80
		Desempregada	1,718	,745	,383	-,80	4,23
		Setor Terceário	1,063	,705	,810	-1,32	3,44
		Reformado	3,335*	,786	,004	,68	5,99
Setor Secundário	Estudante	-3,419*	,940	,025	-6,59	-,25	
	Setor Primário	-1,357	,725	,624	-3,80	1,09	
	Desempregada	,361	,605	,996	-1,68	2,40	
	Setor Terceário	-,294	,555	,998	-2,17	1,58	
	Reformado	1,979	,654	,111	-,23	4,19	
Desempregada	Estudante	-3,780*	,955	,010	-7,00	-,56	
	Setor Primário	-1,718	,745	,383	-4,23	,80	

		Setor Secundário	-,361	,605	,996	-2,40	1,68
		Setor Terceário	-,655	,580	,937	-2,61	1,30
		Reformado	1,618	,676	,340	-,66	3,90
Setor Terceário	Estudante		-3,125*	,924	,049	-6,24	-,01
	Setor Primário		-1,063	,705	,810	-3,44	1,32
	Setor Secundário		,294	,555	,998	-1,58	2,17
	Desempregada		,655	,580	,937	-1,30	2,61
	Reformado		2,273*	,632	,028	,14	4,41
Reformado	Estudante		-5,398*	,987	,000	-8,73	-2,07
	Setor Primário		-3,335*	,786	,004	-5,99	-,68
	Setor Secundário		-1,979	,654	,111	-4,19	,23
	Desempregada		-1,618	,676	,340	-3,90	,66
	Setor Terceário		-2,273*	,632	,028	-4,41	-,14
Compromisso	Estudante	Setor Primário	,625	,920	,993	-2,48	3,73
		Setor Secundário	1,412	,835	,721	-1,40	4,23
		Desempregada	2,310	,848	,199	-,55	5,17
		Setor Terceário	1,634	,821	,557	-1,14	4,40
		Reformado	3,000*	,877	,045	,04	5,96
	Setor Primário	Estudante	-,625	,920	,993	-3,73	2,48
		Setor Secundário	,787	,644	,913	-1,39	2,96
		Desempregada	1,685	,661	,268	-,55	3,92
		Setor Terceário	1,009	,626	,761	-1,10	3,12
		Reformado	2,375*	,698	,047	,02	4,73
	Setor Secundário	Estudante	-1,412	,835	,721	-4,23	1,40
		Setor Primário	-,787	,644	,913	-2,96	1,39
		Desempregada	,899	,537	,730	-,91	2,71
		Setor Terceário	,222	,493	,999	-1,44	1,88
		Reformado	1,588	,581	,195	-,37	3,55
	Desempregada	Estudante	-2,310	,848	,199	-5,17	,55
		Setor Primário	-1,685	,661	,268	-3,92	,55
		Setor Secundário	-,899	,537	,730	-2,71	,91
		Setor Terceário	-,676	,515	,885	-2,42	1,06
		Reformado	,690	,601	,932	-1,34	2,72
	Setor Terceário	Estudante	-1,634	,821	,557	-4,40	1,14

		Setor Primário	-1,009	,626	,761	-3,12	1,10
		Setor Secundário	-,222	,493	,999	-1,88	1,44
		Desempregada	,676	,515	,885	-1,06	2,42
		Reformado	1,366	,561	,320	-,53	3,26
	Reformado	Estudante	-3,000*	,877	,045	-5,96	-,04
		Setor Primário	-2,375*	,698	,047	-4,73	-,02
		Setor Secundário	-1,588	,581	,195	-3,55	,37
		Desempregada	-,690	,601	,932	-2,72	1,34
		Setor Terceário	-1,366	,561	,320	-3,26	,53
Dominação	Estudante	Setor Primário	,500	1,189	,999	-3,51	4,51
		Setor Secundário	,265	1,079	1,000	-3,38	3,91
		Desempregada	3,052	1,097	,179	-,65	6,75
		Setor Terceário	1,720	1,062	,757	-1,86	5,30
		Reformado	3,500	1,134	,097	-,33	7,33
	Setor Primário	Estudante	-,500	1,189	,999	-4,51	3,51
		Setor Secundário	-,235	,833	1,000	-3,04	2,57
		Desempregada	2,552	,855	,121	-,33	5,44
		Setor Terceário	1,220	,810	,810	-1,51	3,95
		Reformado	3,000	,902	,056	-,05	6,05
	Setor Secundário	Estudante	-,265	1,079	1,000	-3,91	3,38
		Setor Primário	,235	,833	1,000	-2,57	3,04
		Desempregada	2,787*	,694	,009	,44	5,13
		Setor Terceário	1,455	,637	,395	-,69	3,60
		Reformado	3,235*	,752	,003	,70	5,77
	Desempregada	Estudante	-3,052	1,097	,179	-6,75	,65
		Setor Primário	-2,552	,855	,121	-5,44	,33
		Setor Secundário	-2,787*	,694	,009	-5,13	-,44
		Setor Terceário	-1,332	,666	,552	-3,58	,92
		Reformado	,448	,777	,997	-2,17	3,07
	Setor Terceário	Estudante	-1,720	1,062	,757	-5,30	1,86
		Setor Primário	-1,220	,810	,810	-3,95	1,51
		Setor Secundário	-1,455	,637	,395	-3,60	,69
		Desempregada	1,332	,666	,552	-,92	3,58
		Reformado	1,780	,726	,311	-,67	4,23
	Reformado	Estudante	-3,500	1,134	,097	-7,33	,33

		Setor Primário	-3,000	,902	,056	-6,05	,05
		Setor Secundário	-3,235*	,752	,003	-5,77	-,70
		Desempregada	-,448	,777	,997	-3,07	2,17
		Setor Terceário	-1,780	,726	,311	-4,23	,67
Resolução de Problemas	Estudante	Setor Primário	-,688	,963	,992	-3,94	2,56
		Setor Secundário	,279	,874	1,000	-2,67	3,23
		Desempregada	,940	,888	,952	-2,06	3,94
		Setor Terceário	,055	,860	1,000	-2,85	2,96
		Reformado	,977	,918	,951	-2,12	4,08
	Setor Primário	Estudante	,688	,963	,992	-2,56	3,94
		Setor Secundário	,967	,674	,840	-1,31	3,24
		Desempregada	1,627	,693	,361	-,71	3,96
		Setor Terceário	,742	,656	,936	-1,47	2,95
		Reformado	1,665	,731	,398	-,80	4,13
Setor Secundário	Estudante	-,279	,874	1,000	-3,23	2,67	
	Setor Primário	-,967	,674	,840	-3,24	1,31	
	Desempregada	,660	,562	,926	-1,24	2,56	
	Setor Terceário	-,225	,516	,999	-1,97	1,52	
	Reformado	,698	,609	,933	-1,36	2,75	
Desempregada	Estudante	-,940	,888	,952	-3,94	2,06	
	Setor Primário	-1,627	,693	,361	-3,96	,71	
	Setor Secundário	-,660	,562	,926	-2,56	1,24	
	Setor Terceário	-,885	,540	,748	-2,71	,94	
	Reformado	,038	,629	1,000	-2,08	2,16	
Setor Terceário	Estudante	-,055	,860	1,000	-2,96	2,85	
	Setor Primário	-,742	,656	,936	-2,95	1,47	
	Setor Secundário	,225	,516	,999	-1,52	1,97	
	Desempregada	,885	,540	,748	-,94	2,71	
	Reformado	,922	,588	,782	-1,06	2,91	
Reformado	Estudante	-,977	,918	,951	-4,08	2,12	
	Setor Primário	-1,665	,731	,398	-4,13	,80	
	Setor Secundário	-,698	,609	,933	-2,75	1,36	
	Desempregada	-,038	,629	1,000	-2,16	2,08	
	Setor Terceário	-,922	,588	,782	-2,91	1,06	
Evitação	Estudante	Setor Primário	-2,000	1,157	,702	-5,90	1,90

	Setor Secundário	-588	1,050	,997	-4,13	2,95
	Desempregada	1,759	1,067	,743	-1,84	5,36
	Setor Terceário	-415	1,033	,999	-3,90	3,07
	Reformado	-682	1,103	,996	-4,40	3,04
Setor Primário	Estudante	2,000	1,157	,702	-1,90	5,90
	Setor Secundário	1,412	,810	,694	-1,32	4,15
	Desempregada	3,759*	,832	,002	,95	6,57
	Setor Terceário	1,585	,788	,544	-1,07	4,24
	Reformado	1,318	,878	,812	-1,64	4,28
Setor Secundário	Estudante	,588	1,050	,997	-2,95	4,13
	Setor Primário	-1,412	,810	,694	-4,15	1,32
	Desempregada	2,347*	,675	,039	,07	4,63
	Setor Terceário	,174	,620	1,000	-1,92	2,27
	Reformado	-,094	,731	1,000	-2,56	2,37
Desempregada	Estudante	-1,759	1,067	,743	-5,36	1,84
	Setor Primário	-3,759*	,832	,002	-6,57	-,95
	Setor Secundário	-2,347*	,675	,039	-4,63	-,07
	Setor Terceário	-2,173	,648	,053	-4,36	,01
	Reformado	-2,440	,756	,070	-4,99	,11
Setor Terceário	Estudante	,415	1,033	,999	-3,07	3,90
	Setor Primário	-1,585	,788	,544	-4,24	1,07
	Setor Secundário	-,174	,620	1,000	-2,27	1,92
	Desempregada	2,173	,648	,053	-,01	4,36
	Reformado	-,267	,706	1,000	-2,65	2,12
Reformado	Estudante	,682	1,103	,996	-3,04	4,40
	Setor Primário	-1,318	,878	,812	-4,28	1,64
	Setor Secundário	,094	,731	1,000	-2,37	2,56
	Desempregada	2,440	,756	,070	-,11	4,99
	Setor Terceário	,267	,706	1,000	-2,12	2,65

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Objetivo 8

Identificar se existem relações entre as estratégias de gestão de conflitos utilizadas e a experiência negocial dos respondentes.

Quadro 19

Teste t – experiência negocial e estratégias de gestão de conflito

	Possuí, profissionalmente, experiência negocial?	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Acomodação	Sim	64	14,83	3,000	,375
	Não	86	14,70	2,357	,254
Compromisso	Sim	64	15,72	2,299	,287
	Não	86	14,95	2,136	,230
Dominação	Sim	64	13,38	3,430	,429
	Não	86	14,14	2,577	,278
Resolução de Problemas	Sim	64	16,55	2,239	,280
	Não	86	15,45	2,151	,232
Evitação	Sim	64	16,45	2,731	,341
	Não	86	16,05	2,926	,316

Quadro 20

Diferenças entre as estratégias de gestão de conflito utilizadas e a experiência negocial.

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	T	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Acomodação	Variâncias iguais assumidas	2,723	,101	,298	148	,766	,130	,437	-,734	,995
	Variâncias iguais não assumidas			,288	116,013	,774	,130	,453	-,767	1,028
Compromisso	Variâncias iguais assumidas	,188	,665	2,101	148	,037	,765	,364	,045	1,485

	Variâncias iguais não assumidas			2,078	130,142		,040	,765	,368	,037	1,494
Dominação	Variâncias iguais assumidas	4,264	,041	- 1,559	148		,121	-,765	,490	-1,733	,204
	Variâncias iguais não assumidas			- 1,497	112,351		,137	-,765	,511	-1,777	,248
Resolução de Problemas	Variâncias iguais assumidas	,007	,932	3,026	148		,003	1,093	,361	,379	1,807
	Variâncias iguais não assumidas			3,008	132,821		,003	1,093	,364	,374	1,812
Evitação	Variâncias iguais assumidas	,601	,439	,866	148		,388	,407	,470	-,521	1,335
	Variâncias iguais não assumidas			,875	140,581		,383	,407	,465	-,512	1,326

Analisando o quadro 15 e 16, podemos concluir que não existem diferenças significativas entre a experiência negocial e as estratégias de gestão de conflitos utilizadas pela amostra.

Conclusão

A concretização deste estudo baseou-se, em certa medida, na originalidade da temática “Estratégias de gestão de conflitos em contexto de saúde”, num momento de profunda mudança e transformação das organizações e de uma forte concorrência do mercado, aspetos característicos de uma época marcada pela globalização.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar as estratégias de gestão de conflitos utilizadas pelos utentes de uma USF da Zona Centro de Portugal. Foi também aspiração analisar a perceção dos utentes face à qualidade da interação profissional de saúde-doente e estimar a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais na adoção das estratégias de gestão de conflitos.

Os indivíduos enquanto atores sociais lidam com conflitos em praticamente todas as relações que se estabelecem durante a sua vida (Cunha e Lopes, 2001). Para averiguar o impacto destes mesmos conflitos torna-se fundamental avaliar o contexto em que se inserem (Cunha e Leitão, 2012). Existem diversas estratégias de gestão de conflitos, cada estratégia possui uma utilização mais eficiente considerando todo um amplo conjunto de variáveis em que se destacam as partes, os assuntos, e a relação estabelecida entre os litigantes.

Não obstante as dificuldades que se impuseram ao longo do caminho na realização deste trabalho e alguma falta de cooperação entre alguns profissionais de saúde, cremos poder afirmar que atingimos as finalidades propostas de forma positiva.

O conflito, como definido anteriormente, a divergência de interesse, deve ser percecionado como algo natural e incontornável. Este contém enormes virtualidades no que respeita ao fomento da criatividade e inovação. Os problemas que advém do conflito ou os conflitos disfuncionais não resultam do conflito em si, mas da forma como é gerido pelas chefias e outros intervenientes.

Sendo o conflito inevitável, o grande desafio é saber lidar com ele. A causa do conflito é proveniente da divergência de interesses e a finalidade da gestão do conflitos não é “esquecer” ou fazer desaparecer essa causa, mas sim resolve-lo e solucioná-lo, pois ao “esquecer” ou ao deixar passar em vão, adia-se o conflito e a sua resolução, criando uma negação do conflito, de imposição de soluções.

Destaca-se que podem ser utilizados cinco estilos de lidar com o conflito, consoante as situações, Acomodação, Compromisso, Dominação, Resolução de Problemas e Evitação. Estes estilos são designados como estratégias para gerir os conflitos, são

estilos de comportamentos que uma pessoa ou grupo pode utilizar para lidar com o conflito.

Tendo em conta os resultados obtidos nos testes realizados á validade, fidelidade e sensibilidade podemos verificar que estes são estatisticamente significativos, elevados e positivos.

Ao realizar o cruzamento dos dados obtidos com as variáveis sócio-demográficas, não tendo obtido diferenças significativas no que se refere aos diferentes sexos e às estratégias de gestão de conflitos por eles utilizadas, verificou-se ainda assim a existência de diferenças significativas na utilização das cinco estratégias segundo os diferentes grupos etários. No que respeita ao estado civil estas diferenças são apenas significativas na estratégia Dominação. Quanto às habilitações literárias tal só é visível na estratégia Evitação, entre os grupos Ensino Básico e Ensino Superior.

Relativamente á variável Profissão e situação na profissão, constatou-se que apenas não se verificam diferenças no estilo Resolução de Problemas. Constatando a não existência de diferenças significativas em relação às estratégias de gestão de conflitos utilizadas e à experiência negocial dos utentes.

Já ao nível das limitações, alguns participantes referiram ao longo do preenchimento dos questionários o facto de que o conflito poder ser mal dirigido, referiram ainda o mal-estar que se cria entre profissionais, e conseqüentemente um ambiente de trabalho negativo, que se traduz inevitavelmente numa diminuição da qualidade dos serviços prestados.

Esta é uma questão importante uma vez que são diversos os elementos que tornam a área da saúde, numa das áreas com ambientes de trabalho mais complexos, devido, por exemplo, aos tempos constantes, ao ritmo de trabalho, a existência de trabalho por turnos, e a grande proximidade entre profissionais de saúde, e a própria natureza do trabalho que, por si só, lida com questões sensíveis, designadamente a saúde, a vida e a morte.

É ainda importante referir quanto ás limitações do estudo, que embora o protocolo inicialmente elaborado tivesse como objetivos inserir na amostra os profissionais de saúde da organização, tal não se verificou devido á amostra ser muito reduzida, pois houve pouca afluência da parte deste, assim sendo não podemos cumprir com os objetivos proposto, tendo-se de acordo com o tema criado novos objetivos que fossem de encontro ao objetivo geral.

Referindo ainda a amostra, num futuro estudo aumentar os participantes da amostra ajudaria bastante a obter melhores resultados na validação do instrumento.

Também se verificou uma lacuna grande no tema habilidades sociais, questionário que seria no nosso ponto de vista interessante introduzir num possível estudo futuro. Verificamos ainda assim, talvez por a população da nossa amostra ser uma população de meio rural com baixa escolaridade e embora não esteja muito refletida na nossa amostra uma população bastante envelhecida, tornou-se bastante claro a dificuldade da maioria dos participantes em compreender os itens do questionário DUTCH, e refleti-los para o seu dia-a-dia. Seria então importante adaptar melhor a linguagem de forma a esta ser mais perceptível pela população geral.

Conseguimos também concluir a errónea perceção quanto ao item do questionário sócio-demográfico que questiona a experiência negocial dos utentes. Ao analisarmos os resultados podemos refletir na importância de especificar melhor de que se trata esta experiência, ou como pode o utente avaliar se a possui ou não, pois na sua maioria estes responderam de acordo com a sua experiência profissional.

Bibliografia

- Almeida, C. (1999). *Aplicação da cartografia cognitiva como complemento para o estudo dos processos de negociação*. Dissertação de Mestrado. ISCTE, Lisboa.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. (3ªEd.).Braga: PsiQuilíbrios.
- Araújo, I.S. & Cardoso, J.M. (2007). *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Barros, A. (2006). *Comunicação em Contexto Hospitalar – o caso dos conflitos interprofissionais no bloco operatório*. Lisboa, s.n.
- Bataglia, W. (2006). *As competências organizacionais de resolução de conflitos e o consenso no processo decisório estratégico em ambientes organizacionais instáveis, complexos e munificientes: Um estudo no sector de telefonia de fixa*. Tese de Douturamento em Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Bechtel, C. & Ness, D. (2010). If you build it, will they come? Designing truly patientcentered health care. *Health Affairs*, 29, 914-920. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0305
- Beck, G. C. (2009). *Conflito nas Organizações*. Bachelarato em Administração de Empresas – Centro Universitário de Feevale, Novo Hamburgo.
- Bilhim, J. (1996). *Teoria Organizacional: estruturas e pessoas*. Lisboa: ISCSP.
- Bisquerra, R., Sarriera, J. & Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Butalid, L., Verhaak, P., Boeije, H. & Bensing, J. (2012). *BioMed Central Family Practice*,13, 1-12. doi: 10.1186/1471-2296-12-80
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de investigação: guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Campos, L. (2008). Mediação de conflitos: enquadramentos institucionais e posturas epistemológicas. *Mediation in Action- a mediação em acção*, pp: 167-195.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Cavalcanti, A. (2006). *O Gestor e o seu papel na Gestão de Conflitos. Um estudo de caso em empresa de Varejo de Vestuário masculino*. Tese de mestrado publicada, Faculdade de Ciências Económicas, Belo Horizonte.
- Chiavenato, I. (1990). *Recursos Humanos*. Editoras Atlas. São Paulo: Edição Compacta.

- Chiavenato, I. (1993). *Administração de empresas: Uma abordagem contingencial*. (3.^a ed.) São Paulo: Makron Books - MacGraw Hill.
- Chiavenato, I. (1994). *Administração: teoria, processo e prática*. São Paulo: Editora Makron Books – MacGraw Hill.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Cunha, P (2008). *Conflito e negociação*. (2ed). Porto: Edições ASA.
- Cunha, P. e Lopes, C. (2001). Em torno do conceito de mediação: algumas ideias base. *in Antropológicas*. Nº5, pp:151-160.
- Cunha, P., Silva, P. I., & Moreira, M. (2003). Estilos de gestão de conflito nas organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos. *Recursos Humanos Magazine*, 29 (4), 42-52.
- Cunha, P. & Leitão, S. (2012). *Manual de Gestão Construtiva de conflitos*. (2ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Cunha, P; Meneses, R. & Oliveira, M. C. (2013). *Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão*. *Arq Med* 27 (3). 132-134. http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000300006&lang=pt
- Deutsch, M. (1973). *The resolution of conflict. In constructive and destructive processes*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Deutsch, M. (1990). Sixty Years of Conflict. *International Journal of Conflict Management*, 1, 237-263.
- Deutsch, M. (1994). Constructive Conflict Resolution: Principles, Training and Research . Special issue: Constructive Conflict Management: An Answer to Critical Social Problems? *Journal of Social Issues*, 50, 13-32.
- De Dreu, C. K. W. & Weingart, L. R. (2003). A contingency theory of task conflict and performance in groups and organizational teams. In M. A. West, D. Tjosvold & K. G. Smith (Eds.), *International handbook of organizational teamwork and cooperative working* (pp. 150-166). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Dimas, I. D., Lourenço, P. R. & Miguez, J. (2005). Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipas de trabalho: uma abordagem integrada. *Psychologica*, 38, 103-119.
- Elsayed-Ekhouly, S. M. & Buda, R. (1996). Organizational conflict: A comparison analysis off conflict styles across cultures. *International Journal of Conflict Management*, 7(1), 71-81.

- Falcão, F. (2006). *Estratégias e táticas de negociação utilizadas por profissionais no contexto atual*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.
- Farmer, M. & Roth, J. (1998). Conflict-handling behavior in work groups: effects of group structure, decision processes and time. *Small Group Research*, 29(6), 669-713.
- Ferreira et al (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa : McGraw-Hill.
- Fisher, R & Ury, W. (1981). *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*. London: Hutchinson.
- Gil, D. (2008). *Negociação e Gestão de Conflitos*. Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra.
- Gonçalves, C. M. (2003). Escola a família: Uma relação necessária e conflitual. In M. Costa (Coord.), *Gestão de conflitos na escola* (pp.97-142). Lisboa: Universidade Aberta.
- González-Capitel, C.(2001). *Manual de Mediación*. (2ed). Barcelona: Atelier.
- Guetzkow, H. & Gyr, J. (1954). An analysis of conflict in decision making groups. *Human relations*. 7. 367-381.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. (2ed). Thousand Oaks, CA :Sage.
- Jesuino, J. (1992). *A Negociação: Estratégias e Táticas*. Lisboa: Texto Editora.
- Johnson, D. W. & Johnson, R. T. (1996). Conflict resolution and peer mediation programs in elementary and secondary schools: A review of the research. *Review of Educational Research*, 66,459-506.
- Joos, S., Hickam, D. & Borders, L. (1993). Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Reports*, 108, 751-759.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403458/>
- Kickbusch, I., Silberschmidt, G. & Buss, P. (2006). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the world health organization*.85 (3), 230-232.
- Kozan, M. K. (1997). Culture and conflict management: a theoretical framework. *International Journal of Conflict Management*, 8 (4), 338-360.
- Landau, J. & Borgonovi, E. (2008). *Relationship Competence for Healthcare Management – Peer to Peer*. New York : Palgrave MacMillan

- Likert, R., & Likert, J.G. (1976). *New ways of managing conflict*. New York: McGraw-Hill.
- Marquis, B. L. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem : Teoria e aplicação*. (2ed). Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-496-5. 347p.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS: primeiros passos*. Lisboa: Escolar.
- McIntyre, S. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*, 2 (25), 295-305.
- Miguelote, S. & Cunha, P.(2014). *Uma Ponte Entre Investigação e Prática em RH: Gestão de Conflitos na Saúde*. *RH Magazine*, 74 - 75.
- Minghini, P. e Ligerio, G. (2010). Meios alternativos de resolução de conflitos: Arbitragem, Conciliação, e Mediação. *Encontro de Iniciação Científica*. 6(6), pp:32-48.
- Monteiro, M. (2007). Processos de negociação de conflitos. In A Caetano & J. Vale (Eds.), *Gestão de recursos humanos: Contextos, processos e técnicas*.(3ed). (151-191). Lisboa: editora RH.
- Morais, A. M. M. (2002). Gestão de Conflitos. In Nursing. Lisboa. ISSN 0871 – 6196 p24-25.
- Moreira, R. (2010). *Poder e Gestão de Recursos Humanos em Portugal: análise sobre a importância da negociação inter e intra-departamental* Tese de Douturamento em Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Munduate, L., Ganaza, J. & Alcaide, M. (1993). Estilos de Gestión del Conflicto Interpersonal en las Organizaciones. *Revista de Psicología Social*, 8 (1), 47-68.
- Neto, Á. F. F. (2005). Gestão de conflitos. THESIS, v.4, p. 1-16, *São Paulo*.
- Nursing. (2000). Modos de resolução construtiva. Lisboa. ISSN 087 – 6196. p. 28-30.
- Oliveira, F.A. (2002). Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. *Interface. Comunic., Saúde, Educ.*, v6n10p63-74
- Oliveira, V. & Gomes, W. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crónicas. *Estudos de Psicologia*. 9(3), 459-469. <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a08v09n3.pdf>
- Pacheco, F. M. C. (2006). *A gestão de conflitos na escola: a mediação como alternativa*. Dissertação de mestrado - Universidade Aberta, Lisboa.
- Peretti, J. (1997). *Recursos Humanos*. Lisboa: Edições Sílabo,
- Pereti, J. (2001). *Recursos Humanos* (3.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Peretti, J. (2006). *Recursos Humanos*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinho, M. C. G. (2006) Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição* v.8, 68-87.
- Platt, A. W. (2008). *Conciliation in Healthcare – Managing and Resolving Complaints and Conflict*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Pruitt, D. G. (1981). *Negotiation Behaviour*. New York: Academic Press.
- Pruitt, D. G. & Rubin, J. Z. (1986). *Social conflict: escalation, stalemate and settlement*. New York: Random House.
- Rahim, M. A. (1985). A Strategy for Managing Conflict in Complex Organizations. *Human Relations*. 38 (1), 81-89.
- Rahim, M.A. (1992). *Managing conflict in organizations*. New York: Praeger.
- Rahim, M. A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *The international Journal of Conflict Management*, 13, 206-235.
- Rahim, M. A. & Buntzman, G. F. (1989). Supervisory Power Bases, Styles of Handling Conflict with Subordinates, and Subordinate Compliance and Satisfaction. *The Journal of Psychology*, 123 (2), 195-210.
- Robbins, S. (1999). *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: Editora LTC.
- Robbins, S. (2004). *Fundamentos do Comportamento Organizacional*. 7ed. São Paulo: Pearson Education.
- Robbins, S. P. (1998). *Organizational behavior*. Englewood-Cliffs, NJ:Prentice-Hall.
- Rodrigues, J. (1991). Os conflitos na equipa multiprofissional. *Revista Nursing*, (39) 7-9.
- Rothman, R., Yin, H., Mulvaney, S., Patrick, J., Homer, C. & Lannon, C. (2009). Health literacy and quality: Focus on Chronic illness care and patient safety. *Pediatrics*, 124, S315-S326. doi: 10.1542/peds.2009-1163H
- Schermerhorn, R., Hunt, G. & Osborn, N. (1999). *Fundamentos do Comportamento Organizacional* (2.^a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Serrano, G. & Rodríguez, D. (1993). *Negociación en las Organizaciones*. Madrid: Eudema.
- Silva, M. A. (2003). O conflito em contexto escolar. In M. E. Costa (Coord.), *Gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Schein, E. H. (1982). *Psicologia Organizacional*. Trad. José Luiz Meurer. 3ed Rio de Janeiro: Prentice-Hall.
- Schockley-Zalabak, P. (1981). The effects of sex differences on the preference for utilization of conflict styles of managers in a work setting: an exploratory study. *Public Personnel Management*, 10, 289-295.
- Schnitman, D. e Littlejohn, S. (1999). Novos paradigmas em mediação. *Artmed*. Porto Alegre.
- Schwenk, C. & Cosier, R. (1993). Effects of consensus and devil's advocacy on strategic decision making. *Journal of Applied Social Psychology*. 23. 226-139.
- Ting-Toomey, S., Goo, G., Trubisky, P., Yang, Z., Kim, H. S., Lin, S. & Nishida, T. (1991). Culture, face maintenance, and conflict styles of handling interpersonal conflict: a study in five cultures. *International Journal of Conflict Management*, 2. 275-296
- Turner, M. E. & Pratkanis, A. R. (1994). Social identity maintenance prescriptions for preventing groupthink: reducing identity protection and enhancing intellectual conflict. *International Journal of Conflict Management*. 5. 254-270.
- Vala, J. & Monteiro, M. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J., Garrido, M. & Alcobia, P. (Eds.). (2004). *Percursos da Investigação em Psicologia Social e Organizacional*. Lisboa: Edições Colibri.
- Vala, J. & Caetano, A. (2007). *Gestão de Recursos Humanos, contextos, processos e técnicas*. Lisboa: Rh editora.
- Van de V., E, Euwema, M. & Huismans, S. (1995). Managing Conflict with a Subordinate or a Superior: Effectiveness of Conglomerated Behavior. *Journal of Applied Psychology*, (80), 271-278.

Anexos

Anexo A

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Gestão Construtiva de Conflitos em Contexto de Saúde

Eu, abaixo-assinado, (nome completo)-----
-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto que dela advêm. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Data: ____/____/ 2013

Assinatura do doente: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo B

Questionário da Qualidade da Interação Profissional de Saúde-Doente (QQPPI)

De seguida encontra uma série de frases sobre a consulta de hoje, incluindo decisões e resultados. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda com essas frases.

Existem 5 respostas possíveis para essas questões.

1 = Não concordo

2 = Concordo em parte

3 = Concordo

4 = Concordo fortemente

5 = Concordo totalmente

A frente de cada questão, por favor indique a resposta que melhor reflecte as experiências que teve durante a consulta de hoje.

	Não concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente	Concordo totalmente
1. O profissional de saúde pareceu estar genuinamente interessado nos meus problemas					
2. O profissional de saúde deu-me informação detalhada sobre as opções de tratamento disponíveis					
3. Senti que poderia ter confiado ao profissional de saúde os meus problemas privados					
4. O profissional de saúde e eu decidimos em conjunto todas as decisões de tratamento					
5. As explicações do profissional de saúde foram fáceis de compreender					
6. O médico gastou tempo suficiente na minha consulta					
7. O profissional de saúde falou-me com detalhe sobre os riscos e efeitos secundários do tratamento proposto					
8. O profissional de saúde compreendeu as minhas necessidades e problemas e levou-os seriamente					
9. O profissional de saúde fez tudo o que podia para eu me sentir à vontade					
10. O profissional de saúde perguntou-me como é que a minha doença afecta o meu dia-a-dia					
11. O profissional de saúde deu-me tempo suficiente para falar sobre todos os meus problemas					
12. O profissional de saúde respeita o facto de eu poder ter uma opinião diferente em relação ao tratamento					
13. O profissional de saúde fez-me um exame aprofundado					
14. O profissional de saúde deu-me informação detalhada sobre a minha doença					

Anexo C

ANEXO C – DUTCH TEST FOR CONFLICT HANDLING (DUTCH)

Fonte: De Dreu, Carsten C.W. et al. (2001), *A theory-based measure of conflict management strategies in the workplace*. Journal of Organizational Behavior 22, pp. 645-668

O presente questionário procura medir as suas preferências por diferentes estilos de gestão de conflito. Quando enfrenta uma situação de conflito, em que medida utiliza cada um dos seguintes comportamentos? Assinalando com um círculo (O) a opção que melhor corresponde ao seu caso, com base na seguinte escala:

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Por vezes
- 4 – Com frequência
- 5 – Habitualmente

O questionário é **anónimo e confidencial**.

Para que o anonimato seja garantido agradecemos o favor de não escrever o seu nome em nenhuma página.

1. Aceito aos desejos da outra parte	1	2	3	4	5
2. Tento arranjar uma solução intermédia	1	2	3	4	5
3. Forço o meu ponto de vista	1	2	3	4	5
4. Examino os assuntos até encontrar uma solução que realmente me satisfaça e também à outra parte	1	2	3	4	5
5. Evito um confronto sobre as nossas diferenças	1	2	3	4	5
6. Concordo com a outra parte.	1	2	3	4	5
7. Enfanzo que temos de encontrar uma solução de compromisso	1	2	3	4	5
8. Procuro ganhos.	1	2	3	4	5
9. Defendo os meus próprios objectivos e interesses assim como os da outra parte.	1	2	3	4	5
10. Evito ao máximo as diferenças de opinião	1	2	3	4	5
11. Tento acolher a perspectiva da outra parte	1	2	3	4	5
12. Insisto que ambos temos de fazer algumas concessões	1	2	3	4	5
13. Luto sempre por um bom resultado para mim mesmo.	1	2	3	4	5
14. Examino as ideias de ambos os lados de modo a encontrar uma óptima solução mútua	1	2	3	4	5
15. Tento atenuar as diferenças.	1	2	3	4	5
16. Adapto-me aos objectivos e interesses das outras partes	1	2	3	4	5
17. Sempre que possível, esforço-me para atingir um compromisso 50-50	1	2	3	4	5
18. Faço tudo para vencer.	1	2	3	4	5
19. Tento encontrar uma solução que sirva o melhor possível os meus interesses assim como os da outra parte	1	2	3	4	5
20. Tento evitar o confronto com o outro.	1	2	3	4	5



DADOS INDIVIDUAIS

Novamente relembramos que o questionário é **anónimo e confidencial**.

Por favor, assinale com uma cruz (x) a resposta que considera mais adequada à sua situação.

SEXO

IDADE _____

Masculino

Feminino

ESTADO CIVIL

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Solteiro(a)

Ensino Básico

Casado(a)

Ensino Secundário

Viúvo(a)

Ensino Superior

Separado(a)

Bacharelato

Divorciado(a)

Licenciatura

União de Facto

Pós-Graduação/Especialização

Outro

Mestrado

Doutoramento

PROFISSÃO

Possui, profissionalmente, experiência negocial?

Sim

Não

Em caso afirmativo, quanto tempo de experiência tem?

_____ anos

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo D



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Dez. conhecimento à
ciência e à ciência (a).

Gomes
03/06/2014

Exma. Senhora
Prof. Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 2 de Junho de 2014

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Dissertação de Mestrado em Psicologia (Clínica e da Saúde), de Ana Karina Valente Almeida intitulado "Gestão Construtiva de Conflitos em Contexto de Saúde", considera nada haver a opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.

Pe a Comissão de Ética


José Alberto Silva



Fundação Espírita e Cultural "Fernando Pessoa"

UFPE - 4200-000 - Rua Ferreira de Sá - Universidade Fernando Pessoa de Porto

Telefone: (+351) 22 511 111 - Fax: (+351) 22 511 112 - E-mail: geral@ufpe.pt

Internet: www.ufpe.pt - www.fernandopessoa.pt - www.fernandopessoa.org

www.ufpe.pt - www.fernandopessoa.pt - www.fernandopessoa.org

Anexo E

Gestão Construtiva de Conflitos em Contexto de Saúde

Ana Karina Valente de Almeida (20096@ufp.edu.pt)

Universidade Fernando Pessoa

Justificação do projecto

Desde que o ser humano surgiu que se constata a ocorrência de uma série de conflitos na sua vida, tanto em termos pessoais como profissionais. À medida que o homem se desenvolveu cultural e tecnologicamente, os conflitos foram mudando em intensidade, magnitude e quanto ao número de envolvidos (Neto, 2005).

Os conflitos emergem em qualquer local exterior ou interior, e as instituições de saúde, por vezes, não dispõem de respostas eficazes para os resolver ou gerir. Assim sendo, é importante ponderar as diferentes estratégias de gestão de conflito que sejam capazes de dar a resposta adequada aos desafios que as organizações da área da saúde atualmente colocam (Pacheco, 2006).

A ocorrência de conflitos é uma constante, devido a fatores como grande nível de tensão intra e interpessoal, a elevada competitividade das carreiras, a organização do trabalho humano por turnos, a rede complexa de personalidades em interação constante, a vulnerabilidade permanente na relação profissional-doente, entre outros.

Neste sentido, a World Health Organization (WHO) defende que é imperativo adotar estratégias da construção da paz para assegurar ganhos duradouros no domínio da saúde, para tal, é essencial que se possuam estratégias, táticas e instrumentos adequados, afim de fazer frente às situações conflituosas de maneira positiva, reduzindo os seus custos (Miguelote & Cunha, 2014).

A forma como os conflitos são geridos (ou não) entre doente/médico, entre profissionais da saúde, entre estes e os profissionais administrativos, etc, permitirá uma melhoria das práticas profissionais e das relações interpessoais (Miguelote & Cunha, 2014).

Por outro lado, é ainda importante ter em conta que uma eficaz gestão de conflitos irá promover não só vantagens para os profissionais de saúde, mas também fomentar a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos seus utentes, contribuindo para que estes sejam mais autónomos e eficientes na gestão da sua saúde (Alves, 2011).

Objetivos

Com o presente projeto pretende-se alcançar os seguintes objetivos gerais:

1. Caracterizar as estratégias de gestão de conflitos utilizadas por diferentes grupos de indivíduos envolvidos na relação entre profissionais de saúde, administrativos dessas organizações e utentes das mesmas;
2. Analisar a existência de uma gestão construtiva de conflitos entre profissionais de saúde considerados e entre estes e os utentes;
3. Analisar a possível relação entre a interação dos utentes com os profissionais de saúde e as estratégias de gestão de conflitos por eles utilizadas com os mesmos.

Quanto aos objetivos específicos, são os seguintes:

1. Analisar aprofundadamente quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na sua relação com outros colegas da área;
2. Analisar detalhadamente quais as estratégias mais usadas pelos profissionais de saúde nos seus conflitos com utentes;
3. Analisar as estratégias a que os utentes mais recorrem para gerirem os conflitos em que se vêem envolvidos com os profissionais de saúde;
4. Analisar a relação entre a interação dos utentes com os profissionais de saúde e as estratégias de gestão de conflitos por eles utilizadas com os mesmos.

Participantes

A população alvo será constituída por adultos (com uma idade mínima de 18 anos, sem limite para idade máxima), utentes e profissionais de saúde que dêem o seu consentimento informado para participar no estudo. No caso dos utentes, serão incluídos na amostras aqueles que se encontrem em acompanhamento e, no caso dos profissionais, a trabalhar em serviços de cuidados de saúde (entre os quais centros de saúde, hospitais e clínicas públicos e privados), ou seja, pertencentes a organizações cujas Administrações e/ou Direcções aceitem participar no presente estudo.

Prevê-se obter uma amostra de cerca 150 participantes.

Instrumentos

A bateria de avaliação incluirá os seguintes instrumentos:

1. Questionário sócio-demográfico: com vista a recolher informação sobre algumas variáveis sóciodemográficas como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e localidade de residência;
2. The Dutch Test for Conflict Handling: desenvolvido por de Dreu, Evers, Beersma, Kluwer e Nauta em 2001, com o objetivo de avaliar as estratégias de gestão de conflitos no local de trabalho, nomeadamente nos seguintes domínios: submissão, comprometer, forçar, resolução de problemas e evitamento. Este instrumento, constituído por 20 itens, provou apresentar ser de rápida resposta;
3. O QQPI , desenvolvido por Silva et al, em 2014, e que avalia a qualidade da interacção utente-profissional de saúde, sendo constituído por 14 itens e é também de rápida resposta.

No total, a aplicação dos referidos instrumentos não deverá ultrapassar os 25 minutos.

Procedimento de acesso aos participantes

Será solicitada autorização à Comissão de Ética das instituições (ou Direcção, no caso de não existir Comissão de Ética) e à Administração Regional de Saúde para a realização do estudo.

Os participantes serão incluídos no estudo à medida que forem aparecendo na instituição para serem observados na consulta externa ou para realização de exames de rotina, e os profissionais que trabalharem na instituição na altura da recolha de dados, precisando de aproximadamente 25 minutos para responder aos questionários. Apenas serão incluídos no estudo os utentes e profissionais de saúde que aceitarem assinar o consentimento informado, após o fornecimento de todas as informações sobre a investigação.

Procedimento para a recolha de dados

Foram já obtidas as autorizações necessárias para a administração dos instrumentos de avaliação das estratégias de gestão de conflitos e da qualidade da interacção entre utente- profissionalde saúde.

A autorização para utilização da versão portuguesa do QQPI e do DUTCH já foi devidamente pedida e obtida.

Os participantes apenas responderão aos questionários se aceitarem assinar o consentimento informado de forma livre e esclarecida. Serão informados que são livres de aceitar ou não participar, sem que resultem para si quaisquer consequências dessa decisão.

Serão ainda informados de que serão livres de desistir em qualquer momento, mesmo tendo começado a responder aos questionários. O modelo de consentimento informado adoptado será sempre o que se anexa, salvo exceções em que a instituição onde são recolhidos os dados imponha a adoção do seu próprio modelo.

Os questionários serão auto-preenchidos se os indivíduos tiverem autonomia para tal, caso contrário, o entrevistador ajudará o respondente a preenchê-los. Em casos em que o doente possui um nível de instrução elevado e se justifique, pode levar consigo os questionários e devolvê-los pessoalmente, por terceiros ou por correio, em envelope fechado, previamente preenchido e selado pelo investigador. Será registada a informação sobre o tipo de processo adoptado para o preenchimento dos questionários.

A administração de todos os instrumentos demorará, em média, 25 minutos para cada participante.

Não serão recolhidos dados pessoais dos participantes que os permitam identificar. O documento de consentimento informado assinado será mantido em separado dos questionários respondidos pelo participante, de modo a que os dois documentos não possam em momento algum ser emparelhados, impossibilitando a identificação da pessoa.

Os dados serão codificados numa base de dados em que não constarão quaisquer informações que permitam identificar os respondentes. Apenas os investigadores terão acesso aos questionários respondidos e à base de dados que será construída. Os resultados nunca serão transmitidos nominalmente.

Todas as comunicações (dirigidas a públicos de contexto científico ou outros) relativas aos resultados apenas dirão respeito ao grupo avaliado e em momento algum a indivíduos específicos, assegurando-se em todos os momentos a confidencialidade e anonimato no que respeita aos dados recolhidos.

Registo de som e/ou imagem

O presente estudo não prevê qualquer registo de som e/ou de imagem.