

GESTÃO DE CONFLITOS E NEGOCIAÇÃO

Estudo Aplicado aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do
Grau de Mestre em Gestão

Vanda Cristina Barrocas Varela

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Alexandra Fernandes, Prof.^a Auxiliar do ISCTE *Business School*

Departamento de Gestão

Janeiro de 2010

Resumo

O estudo da gestão de conflitos e da negociação associada aos contextos de saúde tem vindo a ser tema de investigação, nomeadamente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, em modernização desde 2006. A crescente cooperação entre profissionais e utentes na realização de tarefas clínicas e de gestão torna as competências em gestão de conflitos e negociação cruciais à sustentação e estabelecimento das relações.

A presente tese teve como objectivo saber se os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica do Agrupamento, de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, consideram as competências em gestão de conflitos e negociação um factor crítico à modernização dos Centros de Saúde e à sua actividade profissional de contacto com o utente.

Utilizou-se uma abordagem qualitativa e o método de entrevista.

Observou-se que os entrevistados consideram as competências em análise críticas à modernização dos serviços, numa lógica de gestão partilhada. A formação é apreciada, pois não obtiveram estas competências nos diferentes ciclos de ensino.

O grupo detém autonomia profissional, poder negocial e uma concepção de negociação que não é simplista.

Os profissionais trabalham maioritariamente como elementos únicos, confirmando que ter um colega de profissão é positivo. Ser-se elemento único e deter competências técnicas singulares faz com que a gestão do tempo e dos recursos seja crucial.

Os conflitos surgem, maioritariamente, por o contexto ser de proximidade, pela comunicação, a interdependência de funções e de recursos. Tendem a ficar sem solução, surgindo sem razão aparente.

Preferem uma orientação negocial integrativa e estratégias negociais colaborativas.

Palavras-Chave:

Cuidados de Saúde Primários; Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; Gestão do conflito e Negociação; Competências.

Classificação JEL:

I18-Public health; **J24**-Human capital, Skills; **I19**-Other.

Abstract

The study of conflict management and negotiation related with health settings has been a topic of research, particularly in the context of Primary Health Care in modernization since 2006. The increasing cooperation between practitioners and users to perform tasks and clinical management makes skills in conflict management and negotiation crucial to the support and establishment of relations.

With this study, it was meant to know whether the technicians of Diagnosis and Therapy of the Grouping of Health Centers Lezíria I do Ribatejo consider the skills in conflict management and negotiation a critical factor to the modernization of public health center and its professional activity regarding the contact with the users.

It was used a qualitative approach and the method of interview.

It was observed that the respondents consider skills in analysis critical to the modernization of services based on logic of shared management. Training is appreciated as they didn't obtain these skills in different stages of education.

The group has professional autonomy, negotiating power and a conception of negotiation that is not simplistic.

The professional group working mostly as single elements, confirming that having a professional colleague is positive. Being a single element and detain individuals expertise makes the management of time and resources is crucial.

Conflicts arise mostly in the context of proximity to the communication, the interdependence of functions and resources. They tend to remain unresolved, appearing for no apparent reason.

They prefer an integrative bargaining orientation and collaborative negotiation strategies.

Keywords:

Primary Care; Health Professional; Conflict Management and Negotiation; Skills; Competencies.

JEL Classification:

I18-Public health; **J24**-Human capital, Skills; **I19**-Other.

Agradecimentos

A todos os que estão ao meu lado e me fizeram acreditar que este sonho era concretizável, pois sem a sua ajuda, provavelmente, teria optado por desistir. Essas pessoas especiais, pelo menos essas, nunca desistem de estar comigo.

Ao ISCTE, e ao grupo de professores, que me acompanhou ao longo de dois anos de esforço intenso, que termina com o pronuncio de uma renovação pessoal e quem sabe profissional.

Em especial, à Professora Alexandra Fernandes que não me fez desistir, mesmo quando isso já se tornava quase óbvio, pelo percurso formativo que me proporcionou, através do seu apoio, disponibilidade, orientação e crítica.

Aos meus superiores hierárquicos que possibilitaram o estudo, bem como àqueles que tiveram “vagar” para ler todo este trabalho. Aos colegas que disponibilizaram do seu tempo para a realização das entrevistas. Obrigada!

E, acima de tudo, àqueles que talvez nunca lerão estas linhas, mas que por força das circunstâncias da conclusão deste trabalho “ficaram um pouco para trás”, os utentes com quem trabalho.

Nunca deixem de lutar pelos vossos sonhos, pois é sempre mais simples desistir!

“Qualquer que seja a organização, ou o local, em que as pessoas trabalhem, qualquer que seja o espaço geográfico em que se insiram todos estão sujeitos a uma mesma lei: é que cada um constrói uma parte muito significativa desse mundo a que pertence(...)podemos escolher os tijolos com que vamos construir: ou construímos a partir da danação e da raiva, da decepção, da tristeza e do obscurantismo, ou, pelo contrário, do optimismo e da alegria, do sentido de aposta e na crença de que somos capazes de reinventar o futuro. Entre as duas, a escolha, de facto, é nossa” (Ceitil, 2006:267).

Siglas

CS-Centro de Saúde;

SNS-Sistema Nacional de Saúde;

MCSP-Missão para os Cuidados de Saúde Primários;

TDT-Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Sumário

1.	Introdução	1
2.	Enquadramento Teórico	7
2.1	Cuidados de Saúde Primários	7
2.1.1	Agrupamentos de Centros de Saúde	7
2.1.2	Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo.....	10
2.1.3	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	13
2.2	Gestão do Conflito	17
2.2.1	Modalidades de Gestão do Conflito.....	20
2.3	Negociação	21
2.3.1	Revisão história tema da Negociação	23
2.3.2	Modelos teóricos da Negociação	24
2.3.3	Definições de Negociação.....	25
2.3.4	Principais características da Estrutura Negocial	27
2.3.5	Fases da Negociação	31
2.3.6	Orientação negocial	33
2.3.7	A cognição na negociação	35
2.4	Competências	43
2.5	Competências de Negociação em Saúde	50
3.	Método	56
3.1	Organização e planeamento da Pesquisa.....	56
3.2	Objectivo do Estudo	58
3.3	Tipo de estudo	58
3.4	Instrumento de recolha dos dados	60
3.5	Estratégias utilizadas nas entrevistas.....	60
3.5.1	Registo da Informação	60

3.5.2	Local da Entrevista	61
3.5.3	Atitude perante o entrevistado	61
3.6	População e Amostra.....	61
3.6.1	Caracterização da amostra	62
3.7	Procedimentos de Tratamento e Análise dos dados	65
4.	Resultados	66
4.1.1	Análise Parte II	66
4.1.2	Análise Parte III	69
4.1.3	Análise Parte IV	78
4.1.4	Análise Parte V	84
5.	Discussão dos resultados, conclusões e contributos para conhecimento	89
5.1	Discussão dos Resultados.....	89
5.2	Principais conclusões do estudo.....	104
5.3	Limitações do estudo.....	111
5.4	Recomendações	111
5.5	Pistas para futuras investigações	112
6.	Bibliografia	113
6.1	Pesquisa Bibliográfica.....	113
6.2	Consultas de Legislação	117
6.3	Consultas na Internet.....	117
7.	Anexos	118
7.1	Pedido de Autorização para realização do estudo	118
7.2	Autorização para realizar o estudo	119
7.3	Guião da Entrevista	120
7.4	Quadro Teórico	122
7.5	Análise de Conteúdo Completa das Entrevistas.....	126
7.5.1	Formação base e formação pós-graduada	126
7.5.2	Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação.....	127

7.5.3	Formação Adjuvante em Gestão de Conflitos e Negociação.....	128
7.5.4	Preparação e prevenção de situações de conflito	129
7.5.5	Razões para o surgimento de conflito	130
7.5.6	Situações de “conflito” confirmadas pelos profissionais.....	131
7.5.7	Modalidades Utilizadas nas Gestão dos Conflitos.....	132
7.5.8	Importância que o grupo concede à Negociação	133
7.5.9	Características Universais da Negociação e do Processo Negocial.....	134
7.5.10	Aspectos situacionais da negociação referentes aos profissionais que têm um colega de profissão	135
7.5.11	Aspectos situacionais da negociação referentes aos profissionais que são elementos únicos	136

Sumário de Figuras

Figura 1 - Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo	12
Figura 2 - Matriz alargada de Gestão de Conflitos	19
Figura 3 - Estilos de gestão do conflito.....	41
Figura 4 – Modelo causal de competências segundo Boyatzis	47
Figura 5 – Modelo do Iceberg de Competências segundo Mcber.....	47
Figura 6 – Iceberg de Competências	48
Figura 7- Caracterização do grupo em função do grau académico base.....	64
Figura 8- Razões indicadas pelo grupo para o surgimento de conflitos.....	93
Figura 9- Preparação de possíveis situações de Conflito entre o grupo e o utente	97
Figura 10- Estratégias utilizadas pelo grupo na Gestão do Conflito.....	99

Sumário de Quadros

Quadro 1-Unidades Registo referentes à Formação Específica em Gestão Conflitos e Negociação	66
Quadro 2-Formação considerada Adjuvante à Gestão de Conflitos e Negociação.....	68
Quadro 3-Preparação do atendimento ao utente de modo a evitar conflitos.....	69
Quadro 4-Categorias Síntese da preparação/prevenção de situações de conflito	70
Quadro 5-Subcategorias da Categoria Comunicação.....	71
Quadro 6-Subcategorias da Categoria Horários.....	72
Quadro 7-Razões para o surgimento do conflito entre TDT-utente.....	72
Quadro 8-Subcategorias das Categorias Contexto de Proximidade e Interdependência de Funções.....	73
Quadro 9-Conflitos vivenciados pelo grupo	75
Quadro 10-Situações de "conflito" confirmada e vivida pelos profissionais.....	76
Quadro 11-Modalidades de gestão dos conflitos utilizadas pelo grupo.....	77
Quadro 12-Subcategorias das Categorias Colaboração e Inacção	78
Quadro 13-Importância conferida pelo grupo ao tema da Negociação no contacto com o utente	79
Quadro 14-Elementos estruturais e processuais da Negociação identificados	81
Quadro 15-Importância que o grupo dá às Competências em Gestão de Conflitos e Negociação	82
Quadro 16- Quadro Justificação à Pergunta Nº 12 do Quadro 15.....	83
Quadro 17-Erros Negociais e Erros Relacionais.....	84
Quadro 18- Vantagens/Desvantagens de se ter um colega de profissão	86
Quadro 19- Vantagens/Desvantagens de ser elemento único	87

Sumário de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos Concelhos do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo	11
Tabela 2-Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica por profissão e por concelho de afectação .	13
Tabela 3-Grupo de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica do Agrupamento de.....	62
Tabela 4-Characterização do Grupo por Género.....	62
Tabela 5-Characterização do grupo pelo grau académico base	63
Tabela 6-Characterização do grupo pela Formação posterior à formação de base	63

1. Introdução

“As complexidades crescentes relativas às relações no trabalho, as constantes decisões a tomar em equipa, as novas formas de organização nas empresas, levam a uma pressão sem precedência na necessidade de ser bom negociador” (Carvalho, 2007).

A presente pesquisa, surge no âmbito do Mestrado em Gestão, no ISCTE *Business School* do Instituto Universitário de Lisboa, com vista à obtenção do Grau de Mestre.

A opção, por um tema relacionado com Negociação, para o presente trabalho, firmou-se após a procura de um conteúdo que se revisse como actual, e enquadrado numa das áreas de estudo do Mestrado.

Posteriormente, a eleição do contexto de Centro de Saúde para realizar um estudo, no âmbito da negociação, justificou-se por ser o contexto actual de trabalho e interesse da autora, facilitando o acesso à informação e aos dados em tempo útil (Hill e Hill, 1998) (Anexos 1 e 2).

Tal como, para o contexto, também a opção, pelo grupo profissional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, se justifica com o interesse da autora, por ser a carreira onde está inserida profissionalmente. Influenciou, igualmente, na escolha do grupo, o facto de não existirem muitos estudos, sobre esta ou outras temáticas, a nível nacional e internacional, direccionados para esta carreira profissional.

Surge também, no seguimento de uma preocupação pessoal e profissional crescente, pela quantidade de vezes, que se fala em conflitos nos mais variados contextos do quotidiano, não porque o conflito em si seja o problema, mas por este se agravar, por não haver gestão ou por má gestão.

De modo a identificar, e restringir o tema, procedeu-se a uma ampla pesquisa bibliográfica. Esta permitiu uma maior actualização acerca do tema, a delimitação do quadro teórico-conceptual, a formulação do problema, a definição dos objectivos e as perguntas de investigação.

Através da pesquisa, foi possível conhecer estudos que mencionam a utilidade, e o interesse, que o tema da negociação consagra à área da saúde, nomeadamente para a carreira médica, ao nível dos currículos académicos, bem como na formação no exercício profissional da medicina geral e familiar, e das especialidades (Andrade, 2007; Buetow, 1998; Charles, 1994; Pereira *et al.*, 2001; Saltman *et al.*, 2006; Say e Thomson, 2003). Segundo estes estudos

quando os “conflitos emergem neste meio, é grande o comprometimento da qualidade de relação médico-paciente, médico-família do paciente e entre os profissionais que compõem as equipas médicas. A manutenção dos elos resta prejudicada, e fica dificultada a perpetuação da confiança e do respeito entre as pessoas” (Andrade, 2007: 13).

O estudo desta temática, também surge na literatura, associado ao grupo dos técnicos de saúde em geral, ao estudo da comunicação em saúde, mas associando esta temática à utilidade que possa ter para a carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica não se obteve ligação directa (Teixeira, 2004; Pestana, 2008; Petrova *et al.*, 2006; Ratzan, 2001; Ricou *et al.*, 2004). Estes autores também confirmaram a escassez de estudos em matérias relacionadas com a saúde no contexto português e explicaram a “necessidade de desenvolver competências comunicacionais nos técnicos de saúde, principalmente porque a formação universitária dos técnicos de saúde assenta predominantemente nos aspectos biomédicos, técnicos e assistenciais, e tende a negligenciar aspectos centrais como a comunicação em saúde, essencial à humanização dos serviços” (Pestana, 2008: 89).

O estudo de Pestana (2008) também nos alertou, para outra premissa importante, que se refere ao facto de não existirem “dúvidas, de que a relação entre o profissional de saúde e a pessoa com doença, é assimétrica, uma vez que é baseada numa procura de ajuda, baseada numa *autoridade clínica*. O profissional de saúde, sob pena de não corresponder às necessidades da pessoa, fica pois sujeito, à obrigação de possuir competências que lhe permitam ajudá-la em situação de doença, na procura de informação indispensável, ao exercício da sua autonomia, promoção de atitudes proactivas e independentes, distanciadas de influências sociais e culturais tradicionais” (p. 27).

Também Lobo (2008) fez uma síntese de estudos sobre saúde, de âmbito nacional, e mencionou que “os cuidados de saúde propriamente ditos são avaliados de modo positivo(...)mas há insatisfação, em relação a aspectos da gestão e organização dos serviços,(...)disponibilidade e acessibilidade, atendimento(...)e tempos de espera” (p.368).

Assim sendo, os Centros de Saúde, podem e devem ser considerados como organizações modernas, de alicerces bem estruturados, que por um lado pensam na gestão, mas por outro nas pessoas, onde as competências em gestão alargada de conflitos e negociação são fundamentais, para quem aqui desenvolve a sua actividade profissional.

Também, no contexto actual, e sempre pensando nos Centros de Saúde, é possível observar um intenso discurso de competitividade, em que é valorizado o perfil de um profissional diferenciado daquele valorizado no passado, recuperando a actualidade do tema da

negociação, na medida em que as empresas poderão evoluir em competitividade com o impacto dessa competência (Safarty *et al.*, 2007). “Numa economia cada vez mais globalizada e competitiva, é, imprescindível que as empresas possam aprender a aplicar o estilo mais adequado de gestão para os conflitos, inevitáveis, proporcionando formação adequada dos seus quadros” (McIntyre, 2006:303), remetendo-nos para a importância a dar à formação (Grilo e Pedro, 2005; McIntyre, 2007; Teixeira, 2004).

Esta também é uma preocupação dos governantes que “procuram cada vez mais organizar os sistemas de saúde de maneira a melhorar a equidade, a eficiência, a efectividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos(...)bem como a auto participação e responsabilização no projecto de saúde, com contributos para o desenvolvimento e eficiência do sistema” (Pestana, 2008:1). De forma a efectivar esta reestruturação, o grupo de Missão, para os Cuidados de Saúde Primários, referiu em 2006 a pretensão de levar a cabo uma reforma nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente ao nível dos Centros de Saúde, para que estes possam assumir um papel determinante, na promoção da participação da pessoa com doença, e no envolvimento das comunidades locais.

Tudo o que já foi mencionado torna inquestionável a importância da relação técnico de saúde-utente, com reflexão acerca da redefinição do estatuto efectivo do utente na equipa de saúde, ou seja o lugar conferido ao doente/utente, tal como referido por Lopes (2006).

Menciona-se ainda, e com igual importância, a pesquisa de Falcão (2006), que estudou as estratégias de negociação utilizadas por profissionais, no contexto actual, oriundos de diferentes mercados, tais como dentistas, advogados, médicos, empresários, gerentes, entre outros. Apesar da sua investigação não se focar somente na área da saúde, este sugeriu a importância vital de pesquisa na área da negociação, em diferentes contextos profissionais. Outra conclusão do seu estudo refere-se à concepção que o grupo do estudo tem sobre de negociação, que parece ser simplista e reducionista, pois “mais da metade dos entrevistados não mostrou um conceito mais amplo do que é uma negociação, descrevendo-a apenas como uma resolução de conflitos” (Falcão, 2006:70). A dúvida, também em nós persiste, pois não se sabe qual a importância e/ou definição que o grupo que fará parte do estudo, concede ao tema da negociação.

Posto isto, a questão central passará pela certeza de que a negociação permite alcançar o que aspiramos, lidando com os conflitos, contornando-os, pois as empresas dos tempos modernos, são contextos profissionais cada vez mais exigentes, onde a gestão alargada de

conflitos (negociação), é ferramenta fundamental, senão mesmo decisiva, para o sucesso (Carvalho, 2007).

Deste modo, pareceu ser muito útil, quer à prática pessoal, quer à prática profissional abordar o tema da negociação, associando-o ao contexto laboral de Centro de Saúde, com a expectativa de que os conhecimentos e o *know-how* adquiridos se traduzam em boas mudanças. Este, é sem dúvida, um tema que irá permitir à autora uma “investigação relativamente curta em escala, mas com hipóteses simples, claras e interessantes(...)sobre um tema do seu particular interesse” (Hill e Hill, 1998:4). Para além disso, e por tudo o que já foi mencionado, parece-nos que serão evitados constrangimentos práticos, no que se refere a aspectos, tais como:

- “Tempo;
- Acesso à literatura relevante;
- Acesso aos dados;
- Conhecimento prévio sobre o tema” (Hill e Hill, 1998:4).

O grupo, que fará parte do estudo, o dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, desenvolve a sua actividade profissional nos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo, uma área geográfica do distrito de Santarém.

O objectivo da dissertação, passará por saber, se este grupo profissional considera as competências em gestão de conflitos e negociação um factor crítico à modernização dos Centros de Saúde, bem como para a sua actividade profissional, de contacto com o utente. Foram também alvo de investigação junto do grupo, objectivos secundários. Estes constam do quadro teórico e facilitaram o alcance do objectivo principal, bem como a construção do guião da entrevista (Anexos 3 e 4).

Este trabalho referir-se-á sempre ao utente e não ao doente, bem como à interacção entre o Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e o utente, no contexto de Centro de Saúde, onde o profissional desenvolve a sua actividade.

A investigação encontra-se dividida e organizada em sete capítulos. O capítulo um é a introdução ao documento. O capítulo dois contém o enquadramento teórico, e adopta a seguinte ordem temática: Cuidados de Saúde Primários; Agrupamento de Centros de Saúde; Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; Gestão do Conflito; Negociação; Competências e Competências de Negociação em Saúde.

O capítulo três refere-se à metodologia, pelo que serão apresentados o objectivo do estudo, o modelo de pesquisa, os procedimentos metodológicos utilizados, a amostra seleccionada, os métodos de recolha dos dados e de análise dos mesmos. No capítulo quatro, serão apresentados os resultados do estudo, e respectiva análise. Posteriormente, e tendo por base os resultados obtidos, concretizar-se-ão as principais conclusões, a apresentação de contributos para o conhecimento e para a prática, e sugestões para futuras pesquisas, que constam do capítulo cinco. O capítulo seis contém a bibliografia e o capítulo sete os anexos. As limitações do estudo prendem-se com os seguintes aspectos:

- O guião de entrevista conter perguntas semi-abertas, admitindo que a profundidade e variabilidade das respostas dependem dos entrevistados;
- Os dados recolhidos não serem a verdade absoluta acerca do tema, mas a percepção dos entrevistados, e a percepção e análise feita pelo pesquisador;
- O facto de não se ter feito entrevista à população, já que se despendeu tempo e recursos na pesquisa.

Em suma, o grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, ao desenvolver a sua actividade profissional em Centro de Saúde, que actualmente funcionam em Agrupamentos de Centros de Saúde, está no cerne da mudança, preconizada pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, que em 2006, definiu linhas de acção prioritárias. Estas pressupõem uma maior aproximação às pessoas e aos seus contextos de vida, uma forte aposta na formação e uma mudança e desenvolvimento de competências, dos profissionais.

Todo o grupo considerou, que as competências em gestão de conflitos e negociação são um factor crítico à modernização dos Centros de Saúde, bem como à sua prática profissional diária de contacto com o utente, pois este é um cenário de mudança, que pressupõe uma grande proximidade ao utente. Estes profissionais têm uma preparação técnica de base, muito boa, mas não detêm competências de gestão de conflitos e negociação, adjuvantes à interacção técnico-utente. Assim, é prioritário que este grupo profissional tenha a possibilidade de desenvolver uma formação transversal neste tipo de competências, sustentada numa necessidade comprovada. Consideram que deve ser considerada numa lógica de gestão partilhada entre o profissional e a organização. A obtenção destas em simultâneo com a competência técnica, e a motivação que o grupo tem, permitirão uma melhor preparação e alinhamento com um perfil profissional diferenciado e associado a bons desempenhos, numa realidade de grande proximidade e negociações constantes.

O grupo detém autonomia e poder negocial, no desempenho da sua actividade profissional, e uma boa percepção do que é negociação. Tem igualmente noção, que ao deter autonomia e poder negocial e estar diariamente implicado em tantas negociações, tem de preparar com grande astúcia, aspectos que se prendem com a comunicação, a gestão do tempo e dos recursos. Confirmou-se que o utente de hoje é um utente mais informado e interessado, querendo participar no seu projecto de saúde e de vida, conduzindo a que os profissionais de saúde estejam mais e melhor preparados. Pareceu-nos que ambos, profissional e utente andam à procura do seu lugar neste contexto de mudança.

As principais razões apontadas, para o surgimento do conflito nos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo, prendem-se com o facto de serem contextos de grande proximidade às pessoas, à comunicação estabelecida entre o profissional e o utente, à interdependência de funções e de recursos, ao cenário de mudança e à indefinição das regras do jogo. Salienta-se que o grupo sabe que a comunicação estabelecida com o utente é um aspecto crítico à sua actividade profissional, e privilegia o uso da estratégia colaboração, bem como uma orientação integrativa, *win-win*, na gestão dos problemas.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Cuidados de Saúde Primários

*“O nível civilizacional de um povo pode ser medido pela qualidade dos seus serviços de Saúde Pública”
(Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006).*

2.1.1 Agrupamentos de Centros de Saúde

Um relatório da Organização Mundial de Saúde, de Janeiro de 2004, refere com base na evidência disponível, que sistemas de saúde fortemente orientados para os Cuidados de Saúde Primários, obtêm melhores resultados de saúde para a população em equidade, em adequação dos serviços, em redução de custos, por serem aspectos que concorrem para a uma maior satisfação dos utilizadores (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006). Por outro lado refira-se que “as várias situações que envolvem a prestação de serviços de saúde exigem dos profissionais envolvidos equilíbrio e sensibilidade, na medida em que são constantemente submetidos a um emaranhado de tensões, que dificultam o agir com clareza e com isenção. Concretamente, os Centros de Saúde e os Hospitais são ambientes de trabalho muito stressantes para os que neles trabalham, em particular, por terem pessoas à sua responsabilidade” (Andrade, 2007:14). Assim, os serviços de saúde deverão ser capazes de “criar sustentabilidade e facilitar a alocação de recursos que já de si são escassos e limitados e, ao mesmo tempo, preocupar-se com a efectividade, eficiência e equidade dos serviços” (Grilo e Pedro, 2005:81, citando Smith, 1978; Kernick, 2006).

O Programa do XVII Governo Constitucional definiu que o sistema [de saúde] deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão, passando os Centros de Saúde a ser o *pilar central* de ligação entre o utente e o Sistema Nacional de Saúde (SNS), como primeiro acesso aos cuidados de saúde (Missão Cuidados de Saúde Primários, 2006). A Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em 2006 sistematizou a criação de instrumentos legais e operacionais, como factores adjuvantes na recentragem do sistema de saúde português nos Centros de Saúde e, ao mesmo tempo, permitindo o acompanhamento e desenvolvimento constante de novas metodologias de organização dos cuidados.

Nas linhas de acção prioritárias, para o desenvolvimento e modernização, dos Centros de Saúde, foram determinadas oito áreas de intervenção prioritárias:

- Reconfiguração e autonomia dos Centros de Saúde;

- Implementação de Unidades de Saúde Familiar;
- Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública;
- Outras dimensões da intervenção na comunidade;
- Implementação de unidades locais de saúde;
- Desenvolvimento dos recursos humanos;
- Desenvolvimento do sistema de informação;
- Mudança e desenvolvimento de competências (Missão Cuidados Saúde Primários, 2006).

Mencionou também que estas mudanças, nomeadamente a reestruturação dos Centros de Saúde, devam ser desenvolvidas progressivamente, de modo flexível e consensual, otimizando recursos disponíveis e, ao mesmo tempo obtendo benefícios de experiências acumuladas com modelos anteriores. Segundo Lobo (2008), sustentando-se nesta reestruturação, os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar passaram para a “linha da frente dos cuidados de saúde primários, proporcionando cuidados acessíveis quando necessários, acompanhamento global e longitudinal do processo de saúde de uma vida e não apenas em episódios de doença(...), promovendo a auto responsabilização e a autonomia dos cidadãos nas suas decisões e acções(...), em articulação com outras estruturas ou profissionais quando necessário” (p.367).

Após este enquadramento, é possível contemplar com novos olhos o contexto de mudança que surgiu nos Centros de Saúde, desde que o Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, entrou em vigor. Este veio efectivar a reconfiguração e autonomia dos Centros de Saúde, e estabelecer o enquadramento legal para a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS, designados por ACES, bem como o seu regime de organização e funcionamento. Nos termos do disposto no artigo 4.º do referido Decreto-lei, foi prevista a criação de setenta e quatro Agrupamentos de Centros de Saúde a nível nacional, bem como a sua delimitação geográfica. Os Agrupamentos devem corresponder a nomenclaturas de unidades territoriais, para fins estatísticos (NUTS III), a um agrupamento de concelhos, a um concelho ou a grupos de freguesias, de forma a combinar mais eficientemente os recursos disponíveis e determinados factores geodemográficos. As missões e atribuições dos Agrupamentos de Centros de Saúde são:

- Garantir a prestação de cuidados de saúde primários, à população de determinada área geográfica;

- Desenvolverem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados;
- Desenvolverem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, e participarem na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Decreto-lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro).

De forma a levar a cabo a sua missão e valores, os Agrupamentos de Centros de Saúde podem compreender diferentes unidades funcionais, de prestação de cuidados de saúde, tais como:

- Unidade de saúde familiar (USF);
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP);
- Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- Outras unidades ou serviços, propostos pela respectiva A.R.S., I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, que venham a ser considerados como necessários (Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro).

Cada Centro de Saúde componente de um Agrupamento de Centros de Saúde contém pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e uma Unidade de Cuidados na Comunidade ou serviços desta. Em cada, Agrupamento, existe apenas uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Decreto-lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro).

Nesta reestruturação, e como forma de introduzir o ponto seguinte, menciona-se que os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, poderão estar integrados na(s) Unidades de Cuidados na Comunidade, na Unidade de Saúde Pública ou na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

Realçamos ainda a área da formação, outra das áreas prioritárias de intervenção definidas pelo grupo de Missão e também uma das missões e atribuições dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Esta é considerada uma área decisiva, e um investimento indispensável para a reforma de sucesso dos Centros de Saúde, a ser extensível a todos os sectores profissionais com base nas necessidades reais, e nos objectivos da reforma. Para além disso, a

formação também possibilitará a modernização de outra das áreas chave definida, a mudança e desenvolvimento de competências dos recursos humanos.

2.1.2 Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo

De entre os Agrupamentos de Centros de Saúde criados que constam da Portaria nº276/2009, de 18 de Março, a presente dissertação decorreu no Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo. Este Agrupamento é uma subdivisão da região da Lezíria do Tejo, uma das cinco unidades territoriais para fins estatísticos (NUTS III) da região do Alentejo.

A Lezíria do Tejo é uma sub-região estatística portuguesa, que tem 4274 km², 4,81% dos 88 681 km² de Portugal Continental, um total de 240 832 habitantes, correspondentes a 2,44% da população do continente, e uma densidade populacional de 55,4 N°/km². Corresponde a uma parte da Região do Alentejo e do Distrito de Santarém, incluindo também um município do Distrito de Lisboa, a Azambuja. Limita a norte com o Pinhal Litoral e com o Médio Tejo, a leste com o Alto Alentejo, a sul com o Alentejo Central e a Península de Setúbal e a oeste com a Grande Lisboa. São onze os municípios, que constituem a Lezíria do Tejo, respectivamente:

- Almeirim;
- Alpiarça;
- Azambuja;
- Benavente;
- Cartaxo;
- Chamusca;
- Coruche;
- Golegã;
- Rio Maior;
- Salvaterra de Magos;
- Santarém (<http://www.ine.pt>).

Devido à criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, a Lezíria do Tejo foi dividida em Lezíria I e Lezíria II, de forma a permitir uma melhor identificação, por grupo profissional, dos recursos humanos a afectar a cada Centro de Saúde, e garantir que a avaliação das reais necessidades seja correspondente, ao reflexo dos mapas de pessoal

respectivos, assegurando a optimização dos meios existentes (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro). De entre os onze concelhos anteriormente mencionados, são cinco os que constituem o Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I. Respectivamente e por ordem alfabética:

- Azambuja;
- Cartaxo;
- Golegã;
- Rio Maior;
- Santarém (<http://www.ine.pt>).

O Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I tem aproximadamente 1350 Km², e um total aproximado de 138 005 habitantes. Faremos uma breve caracterização dos cinco concelhos correspondentes aos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I, que analisará aspectos como a superfície, a população total, o número de freguesias e a densidade populacional (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos Concelhos do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo

CONCELHO	SUPERFÍCIE (km ²)	POPULAÇÃO (Nº)	Nº FREGUESIAS (Nº)	DENSIDADE POPULACIONAL (Nº/km ²)
<i>Azambuja</i>	262,7	21857	9	83,2
<i>Cartaxo</i>	158,2	25154	8	159
<i>Golegã</i>	76,6	5531	2	72,2
<i>Rio Maior</i>	272,8	21824	14	80
<i>Santarém</i>	560,2	63639	28	113,6
TOTAIS	±1350	138 005	61	

Fonte: INE. (2009). Lezíria do Ribatejo. Consultado em 01/11/2009, em INE: <http://www.ine.pt>.

O concelho com maior superfície e maior número de freguesias é Santarém, ao contrário do concelho da Golegã, que tem menor superfície e menor número de freguesias. O Cartaxo, apesar de ser menor em superfície, do que Santarém, Rio Maior e Azambuja, tem uma densidade populacional superior.

Continuando a caracterização do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, analisam-se em seguida os seguintes pontos:

- a) Identificação;
- b) Sede;

- c) Área geográfica;
- d) Centros de saúde abrangidos e respectiva população inscrita;
- e) Recursos humanos afectos, identificados por grupo profissional (Portaria nº276/2009 de 18 de Março).

A sede deste Agrupamento é Santarém, concelho que tem o maior número de utentes inscritos, bem como o maior número de freguesias, que contrasta para os mesmos parâmetros com o concelho da Golegã (Figura 1).

Figura 1 - Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo

ANEXO XXI-Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo				
Sede	Área geográfica	Centros de Saúde incluídos	População (número de utentes inscritos)	Recursos humanos afectos ao ACES
Santarém	Concelhos da Azambuja, do Cartaxo, da Golegã, de Rio Maior e de Santarém	Azambuja..... Cartaxo..... Golegã..... Rio Maior..... Santarém.....	22320 25 956 5 834 22691 66979	Director Executivo: 1. Médicos: 88. Enfermeiros: 112. Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica: 23. Técnicos Superiores: 13. Assistentes Técnicos: 118. Assistentes Operacionais: 68. Informáticos: 3. Total: 426

Fonte: Portaria nº276/2009 de 18 de Março, p: 1736.

De entre os recursos humanos afectos ao Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo (com formação específica na área da saúde), o grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica é o terceiro grupo com maior número de profissionais. Tal como os médicos, enfermeiros e técnicos superiores, os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica têm uma função primordial na efectivação da mudança, dos Cuidados de Saúde Primários, carreira profissional que passaremos em revista no ponto seguinte, pois é o grupo para o qual se direcciona o estudo, definindo o seu âmbito de actuação, a sua natureza e objectivos, as profissões integrantes e respectivo conteúdo funcional.

2.1.3 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

A carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica está regulamentada pelo Decreto-lei nº 484-B/85, de 30 de Setembro, diplomas complementares, e inserida nos corpos especiais da saúde estabelecidos pelo Decreto-lei nº 184/89, de 2 de Junho.

No desenvolvimento das suas funções, os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respectiva profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção (Decreto-lei nº564/99, de 21 de Dezembro).

Esta carreira, é constituída por dezoito profissões, mas optou-se por caracterizar, as sete profissões dos vinte e três Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica alocados aos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo, que se encontram distribuídos segundo a Tabela 2.

Tabela 2-Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica por profissão e por concelho de afectação

PROFISSÃO	Sub-Total	AZAMBUJA	CARTAXO	GOLEGÃ	RIO MAIOR	SANTARÉM
<i>Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública</i>	1	1	0	0	0	0
<i>Fisioterapeuta</i>	2	0	1	0	1	0
<i>Higienista Oral</i>	3	0	1	0	1	1
<i>Técnico de Cardiopneumologia</i>	3	0	1	0	1	1
<i>Técnico de Radiologia</i>	4	0	2	0	2	0
<i>Técnico de Saúde Ambiental</i>	7	1	1	1	1	3
<i>Terapeuta Ocupacional</i>	3	0	1	0	1	1
TOTAL	23 Técnicos Diagnóstico e Terapêutica					

Fonte: Director Executivo do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo

Caracterizando cada uma das sete profissões enumeradas na Tabela 2, menciona-se:

- **Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública:** Desenvolvimento de actividades ao nível da patologia clínica, imunologia, hematologia clínica, genética e saúde pública, através do estudo, aplicação e avaliação das técnicas e métodos analíticos próprios, com fins de diagnóstico e de rastreio;

• **Fisioterapeuta**: Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade da promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida;

• **Higienista Oral**: Realização de actividades de promoção da saúde oral dos indivíduos e das comunidades, visando métodos epidemiológicos e acções de educação para a saúde, prestação de cuidados individuais que visem prevenir e tratar as doenças orais;

• **Técnico de Cardiopneumologia**: Centra-se no desenvolvimento de actividades técnicas para o estudo funcional e de capacidades anatomofisiopatológica do coração, vasos e pulmões e de actividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de acções terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiotorácica;

• **Técnico de Radiologia**: Realização de todos os exames da área da radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de protecção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes;

• **Técnico de saúde ambiental**: Desenvolvimento de actividades de identificação, caracterização e redução de factores de risco para a saúde originados no ambiente, participação no planeamento de acções de saúde ambiental e em acções de educação para a saúde em grupos específicos da comunidade, bem como desenvolvimentos da comunidade, bem como desenvolvimento de acções de controlo e vigilância sanitária de sistemas, estruturas e actividades com interacção no ambiente, no âmbito da legislação sobre higiene e saúde ambiental;

• **Terapeuta Ocupacional**: Avaliação, tratamento e habilitação dos indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em actividades seleccionadas, consoante o objectivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar aos indivíduos o máximo desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das

respectivas ajudas técnicas, em ordem a contribuírem para uma melhoria da qualidade de vida (Decreto-lei nº 564/99 de 21 de Dezembro).

A carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, reflecte a diferenciação e qualificação profissional, inerentes ao exercício das funções próprias de cada profissão, devendo aquelas ser exercidas com plenas responsabilidades profissionais e autonomia técnicas, sem prejuízo da intercomplementaridade, ao nível das equipas em que se inserem.

O Técnico de Diagnóstico e Terapêutica desenvolve a sua actividade, no âmbito da prestação de cuidados e de gestão, competindo-lhe, designadamente:

- Planear, recolher, seleccionar, preparar e aplicar os elementos necessários ao desenvolvimento normal da sua actividade profissional;

- Recolher os meios e prestar os serviços e cuidados de saúde necessários à prevenção da doença, à manutenção, à defesa e à promoção do bem-estar e qualidade de vida do indivíduo e da comunidade;

- Prestar cuidados directos de saúde, necessários ao tratamento e reabilitação do doente, de forma a facilitar a sua reintegração no respectivo meio social;

- Preparar o doente para a execução de exames, assegurando a sua vigilância durante os mesmos, bem como no decurso do respectivo processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação, e garantir a eficácia e efectividade daqueles;

- Assegurar, através de métodos e técnicas apropriados, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente, procurando obter a participação esclarecida deste no seu processo de prevenção, cura, reabilitação ou reinserção social;

- Assegurar, no âmbito da sua actividade, a oportunidade, a qualidade o rigor e a humanização dos cuidados de saúde;

- Assegurar a gestão, aprovisionamento e manutenção dos materiais e equipamentos com que trabalha, participando nas respectivas comissões de análise e escolha;

- Assegurar a elaboração e a permanente actualização dos ficheiros dos utentes do seu sector, bem como de outros elementos estatísticos, e assegurar o registo de exames e tratamentos efectuados;

- Integrar júris de concursos;

- Articular a sua actuação com outros profissionais de saúde para a prossecução eficaz dos cuidados de saúde;

- Zelar pela formação contínua, pela gestão técnico-científica e pedagógica dos processos de aprendizagem e aperfeiçoamento profissional, bem como pela conduta deontológica, tendo em vista a qualidade da prestação dos cuidados de saúde;
- Avaliar o desempenho dos profissionais da carreira e colaborar na avaliação de outro pessoal do serviço;
- Desenvolver/participar em projectos multidisciplinares de pesquisa e investigação;
- Assegurar a gestão operacional da profissão no serviço em que está inserido (Decreto-lei n° 564/99 de 21 de Dezembro).

Os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica podem ainda:

- Integrar órgãos de gestão ou direcção, nos termos da legislação aplicável;
- Integrar equipas técnicas responsáveis pelo processo de instalação de novos serviços;
- Ministras o ensino das tecnologias da saúde e ou orientar estágios profissionais no âmbito da sua profissão (Decreto-lei n° 564/99 de 21 de Dezembro).

O Técnico de Diagnóstico e Terapêutica terá também acesso aos dados clínicos e outros relativos aos utentes que lhe forem confiados, necessários ao correcto exercício das suas funções, com sujeição ao sigilo profissional.

Ainda, no que se refere a esta carreira, menciona-se que a reestruturação da mesma, reporta ao ano lectivo 1999/2000, ano em que os cursos deixaram de ser apenas Bacharelato, e passaram a organizar-se gradualmente, em dois ciclos, conduzindo o primeiro ao grau de Bacharel e o segundo ao grau de Licenciatura (Portaria n° 505-D/99, de 15 de Julho). Mais tarde, os mesmos cursos foram novamente reestruturados, através do processo de Bolonha, levando a alterações nos currículos ministrados, tendo em conta as metodologias e práticas de ensino introduzidas por este. Os cursos, e já com a devida adequação ao processo de Bolonha mantiveram a duração de quatro anos lectivos (Decreto-lei n° 74/2006 de 24 de Março).

Assim, é de se referir que decorreram dez anos, desde a primeira grande actualização/estruturação dos currículos académicos deste grupo profissional, indicador de que os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica a exercerem profissionalmente, no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, podem deter diferentes competências/currículos académicos, aspecto a que voltaremos mais adiante.

As temáticas até agora descritas remetem-nos para a citação de um estudo que já em 1994 associava as mudanças no contexto de saúde à gestão de conflitos e negociação, temas que passaremos em revista nos pontos seguintes.

*“O foco recente nas relações de colaboração em saúde remete-nos para a importância dos grupos e das pessoas cooperarem para realizar as tarefas clínicas e de gestão. Esta crescente interdependência pode também causar aumento de conflitos organizacionais, levando a que a gestão de conflitos seja a eficácia crítica de uma organização. Estratégias de negociação, com base no método de **negociação baseada em princípios**, incluem o estabelecimento de metas coordenadas, separação das pessoas do problema, concentração nos interesses, invenção de opções segundo critérios objectivos e definição do sucesso em termos de ganhos”* (Charles, 1994: 1129).

Deste modo, daremos continuidade ao enquadramento teórico, abordando a temática da Gestão do Conflito.

2.2 Gestão do Conflito

“É a gestão do conflito que urge como necessária, podendo passar pela negociação ou outras estratégias, e não a sua eliminação” (McIntyre 2007: 296).

O “conflito é natural e uma característica inerente ao ser humano. Sem o conflito, provavelmente, o progresso da sociedade e as relações sociais estariam estagnadas em algum momento da História. Se não houvesse insatisfação, as situações da vida permaneceriam iguais, constantes, e portanto, a insatisfação e o conflito podem sustentar o aprimoramento das relações interpessoais e sociais” (Andrade, 2007: 48).

Também Gil (2008) mencionou que o “conflito é o processo, que se inicia quando uma parte percebe que a outra o tem afectado negativamente, ou está com intenções de o fazer em algo importante. Sustenta-se em acções e reacções de ambas as partes, pela interacção entre ambas, na medida em que pelo menos uma delas percebe que a situação se caracteriza pela incompatibilidade de objectivos, metas, valores, e que tal pode dificultar ou inviabilizar o que é pretendido” (p.7).

O reconhecimento, de que o conflito não é pontual, torna-se essencial, pois os conflitos de hoje, não são de classes, ideológicos ou entre nações, mas sim conflitos interpessoais que

residem nas pessoas e na sua capacidade, ou não, para gerirem as suas emoções e utilizarem a inteligência emocional (Carvalho, 2007; Saltman *et al.*, 2006).

Resumindo, é possível distinguir vários níveis de conflito:

- “Intrapessoais: o conflito ocorre dentro do indivíduo;
- Interpessoais: o conflito ocorre entre indivíduos;
- Organizacionais: podendo ser um conflito intragrupal (quando o conflito ocorre dentro de um pequeno grupo), um conflito intergrupar (quando o conflito ocorre entre grupos de uma mesma organização) e interpessoais (numa relação de um para um)” (Gil, 2008:7).

A referir ainda os conflitos inter-organizacionais que ocorrem entre organizações, e os conflitos intra-organizacionais, que abrangem a generalidade das partes da organização.

Outra designação, para os níveis de conflito identifica-os como:

- “Cognitivos: resultam de divergências na avaliação de dados empíricos ou factuais e expressam-se controversamente;
- Normativos: resultam de divergências em assuntos e matérias relacionadas com as formas apropriadas de comportamento” (Gil, 2007: 8).

Além da designação anterior, o mesmo autor referiu, outra síntese de razões, que pode explicar o porquê do surgimento de conflitos, tais como:

- “Interdependência de funções;
- Indefinição das regras do jogo;
- Interdependência de recursos;
- Sistema de recompensas competitivas;
- Mudança” (Gil, 2008: 8).

Também Neves *et al.* (2006) referiram que o “objecto do conflito se pode agrupar em duas categorias: o conflito de consenso e o conflito em torno de recursos escassos” (p.181).

Em suma, o conflito satisfatoriamente resolvido propícia:

- “Aumento da produtividade;
- Aumento do compromisso e do envolvimento;
- Crescimento pessoal;
- Problemas resolvidos;

- Pessoas e grupos unificados.

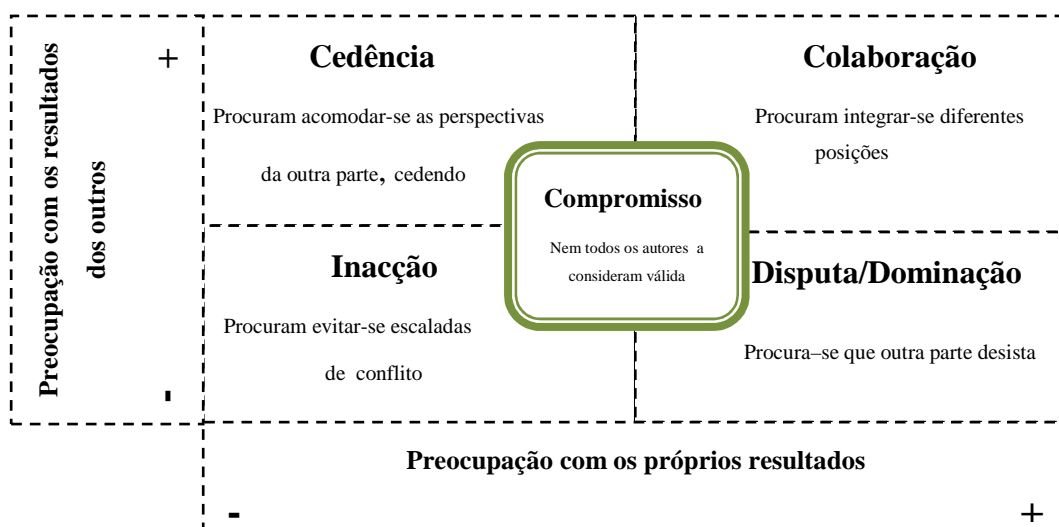
O conflito, insatisfatoriamente resolvido propícia:

- Baixa na produtividade;
- Baixa satisfação;
- Divisão dos grupos
- Resultados negativos;
- Soluções diminuídas” (Gil, 2008:10).

A questão que se coloca é que estratégia utilizar, pois há diferentes formas de lidar com um conflito. Autores como (Carvalho, 2007; Charles, 1994; Cunha, 2001; Neves *et al*, 2006; Noronha e Noronha, 2001; Rahim, 1983; Saltman, *et al.*, 2006) concordaram que esta matéria poderia ser interpretada com recurso a um modelo bidimensional, que define a gestão de conflitos através da combinação de duas dimensões: preocupação consigo (grau em que o indivíduo procura satisfazer os seus objectivos) e preocupação com os outros (grau em que o indivíduo procura satisfazer os objectivos dos outros).

Esta aproximação à gestão dos conflitos (negociação) é normalmente representada, numa matriz de duas dimensões, conducente a cinco modalidades de gestão de conflitos: a cedência, a colaboração, a inacção, a disputa ou dominação e o compromisso (Figura 2).

Figura 2 - Matriz alargada de Gestão de Conflitos



Fonte: Carvalho, José (2006). *Negociação*: 37

De modo a tornar perceptível, o contributo que cada uma das modalidades assume na gestão do conflito, far-se-á uma breve revisão individual.

2.2.1 Modalidades de Gestão do Conflito

2.2.1.1 Cedência

A cedência “consiste numa redução das exigências e, conseqüentemente, numa redução de parte dos benefícios esperados pelo negociador” (Monteiro, 2007:164). “Na lógica da cedência, uma das partes reduz a sua preocupação em relação aos próprios resultados, focalizando-se na obtenção dos resultados da outra parte. A opção pela sombra deve-se à tentativa de manter o ambiente de entendimento e concordância com o grupo” (Carvalho, 2006:40) (Figura 2).

2.2.1.2 Colaboração

“Quando nos baseamos na colaboração, o conflito tende a ser resolvido em conjunto, tentando compreender-se e integrar-se diferentes posições, colocando a tónica no resultado e no processo de decisão, maximizando os resultados próprios sem detrimento dos resultados dos outros” (Carvalho, 2006:38) (Figura 2).

2.2.1.3 Inacção

Tendência para “evitar o conflito colocando-se numa posição neutra(...)por percepção negativa da pressão causada pelo conflito, e reflectindo um fraco interesse, quer pelos seus próprios resultados, como pelos dos outros” (Carvalho, 2006:44) (Figura 2).

2.2.1.4 Disputa ou Dominação

Nesta perspectiva “uma das partes posiciona-se numa óptica em que pretende fazer prevalecer os seus próprios interesses sobre os da outra parte, de forma a maximizar os seus resultados em detrimento dos resultados da outra entidade envolvida(...)usando algum autoritarismo a fim de se conseguir que o parceiro desista das suas posições” (Carvalho, 2006: 42) (Figura 2).

2.2.1.5 Compromisso

Modalidade, que não é universalmente aceite, como conducente à resolução de conflitos (Carvalho, 2006; Carvalho, 2007; Monteiro, 2007; Saltman *et al.*, 2006). “Esta solução é geralmente aplicada em situações, em que não se chega a um acordo satisfatório entre as

partes, mas em que cada uma se compromete com determinados aspectos em benefício de uma resolução rápida do problema” (Carvalho, 2006:46) (Figura 2).

Recapitulando, percebe-se que as *saídas* para a gestão do conflito são diversas, e podem ser:

- 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;
- Negociando uma solução de compromisso (Cunha, 2001; Monteiro, 2007).

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, *et al.*, 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” (p. 11).

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 cabeça* (Borfone e Moffitt, 2006, citados por Falcão, 2006).

2.3 Negociação

“Tendo em conta que a negociação, é tão importante para o sucesso pessoal e profissional, surpreende bastante que a maioria das pessoas não saiba negociar muito bem” (Thompson, 2008).

Hoje em dia, nas empresas, a capacidade de negociação está em voga. Tal como é mencionado por (Bordone e Moffit, 2006, citados por Falcão, 2006) “o mercado exige isto mesmo, não só para os executivos, mas também para todo e qualquer funcionário, independentemente do nível hierárquico(...), aspecto requerido em oportunidades de emprego, que solicitam, facilidade de comunicação, bom relacionamento, trabalho em equipa, entre outros que querem dizer: *necessitamos de profissionais que saibam negociar, comunicar*, pois é certo, que os conflitos podem surgir(...), seja por ter havido atraso numa entrega, ou porque um cliente mudou de ideias, porque um parceiro não tem cumprido com o prometido, os

chefes de departamento não conseguem concordar com um orçamento. É preciso negociar” (p.12).

Apreciemos, os diferentes contextos, que expõem a importância e a necessidade crescente de se negociar:

- Os meios de comunicação social que constantemente falam de fusões, incorporações, e alianças estratégicas, como necessidades de uma economia moderna, dinâmica e competitiva;
- Etnias e grupos com conflitos crescentes, em que as formas não negociadas de solução redundam em procedimentos perversos e conflituosos;
- As consequências negativas e os custos do progresso;
- Um novo estilo de gestão que procura o aproveitamento máximo das potencialidades das pessoas, na procura de maior eficácia e eficiência para a organização, rompendo com estilos organizacionais, baseados em premissas do tipo *manda quem pode, obedece quem tem juízo* ou *é pago para fazer, não para pensar*;
- A nova estrutura organizacional, com o achatamento da pirâmide e diminuição dos níveis hierárquicos, em que as decisões em rede com base em equipas de trabalho, substituem as decisões de cima para baixo;
- A gestão do tempo, conciliando a vida profissional, familiar e pessoal (Gelfand e Brett, 2004).

A negociação é uma constante da vida social, onde estão presentes o poder e a acção, e em que, todas as interacções entre dois ou mais pontos de vista são consideradas uma negociação (Goodman, 2007). Desta relação complexa, emerge a natureza das relações sociais, e o comportamento de cada indivíduo, relembrando que competências nesta área afectam o sucesso na vida quotidiana, quer da pessoal, quer da profissional (Brett, 2000; Neves *et al*, 2006; Steinel *et al.*, 2007).

O facto de nem sempre estarmos em concordância uns com os outros, (ou até mesmo conosco próprios), relativamente a interesses, pontos de vista, normas de conduta, leva-nos a procurar uma solução para as partes envolvidas (Goodman, 2007). Para Cohen (2005, citado por Falcão, 2006), a “comunicação em si, entre dois ou mais indivíduos, pode ser vista como uma negociação, ou seja, sempre que interagimos com uma outra pessoa, ou iniciamos uma conversa, visando a um objectivo. Esse objectivo pode depender muito ou pouco desse indivíduo ou grupo, e a interacção com ele, que por sua vez determinará a sua acção. Se esse

indivíduo ou grupo for vital para alcançar o objectivo e esse objectivo for muito importante para a pessoa, então é melhor que essa pessoa saiba negociar muito bem” (p.11).

2.3.1 Revisão história tema da Negociação

Fazendo uma revisão histórica ao tema da negociação, percebe-se que, numa primeira instância se referia à troca de bens tangíveis e serviços, passando depois, por ser associada ao cariz psicológico das pessoas nela envolvidas.

Nos anos 60 e 70, foram diversos os estudos realizados no âmbito da psicologia social, nomeadamente o de (Rubin e Brown, 1975), que se focaram no estudo das diferenças individuais dos negociadores e nas características situacionais da negociação. No que se refere às diferenças individuais, não se documentou conclusivamente a forma como influenciam as negociações, já relativamente às características situacionais documentou-se com consistência a presença de constituintes, os incentivos e pagamentos, o poder, os prazos e a presença de uma terceira parte no processo. Foi conclusivo, que ambos os subdomínios fogem ao controlo dos negociadores (Bazerman *et al.*, 2000; Monteiro, 2007).

Já nos anos 80 e 90, o estudo da cognição na área da psicologia, influenciou a pesquisa em negociação. Para Bazerman e Neale, (1992) e tendo como base trabalhos anteriores, foi possível sintetizar, as estratégias que promovem o aumento do bolo negocial, mantendo princípios éticos e de justiça, bem como a preocupação na continuidade da relação. Durante muito tempo, o estudo psicológico da negociação foi um subtítulo da psicologia social, mas actualmente é de estudo fundamental (Bazerman *et al.*, 2000; Curhan *et al.*, 2006).

Outros contributos passam pela área da psicologia cognitiva (Loewenstein *et al.*, 1999), da pesquisa na decisão comportamental (Thompson, 1998), e da psicologia clínica. É também, uma área de estudo da economia, da matemática e do direito.

Do seu estudo nas mais diversas áreas, resultaram:

- Vários métodos de abordagem (experimentais, descritivos);
- Vários modelos teóricos (económicos, psicossociais, jurídicos);
- Vários níveis de análise (interpessoal, intergrupar) (Bazerman *et al.*, 2000; Jesuino, 2003).

Mencionaremos resumidamente, os modelos teóricos desenvolvidos no estudo dos processos negociais, de modo a permitir a compreensão do tema em análise.

2.3.2 Modelos teóricos da Negociação

2.3.2.1 Modelos da Teoria dos Jogos

Relativamente a estes modelos, Jesuino (2008) referiu serem “o modelo dedutivo mais popularizado para o estudo da tomada de decisão em condições de interacção estratégica e de actuação, de acordo com interesses exclusivos(...), uma teoria aplicável sobretudo aos jogos de soma zero, ou seja a situações em que os ganhos de um participante são obtidos à custa das perdas do outro. Com esta restrição, o processo de negociação fica reduzido, se não mesmo neutralizado(...)interditando a comunicação entre os participantes do jogo(...)e sem comunicação é difícil conceber este processo” (p.8). Se assim fosse, bastaria ter acesso à matriz de ganhos ou perdas, ou seja aos resultados prováveis de uma ou outra linha de acção adoptadas. As limitações deste modelo podem ser atribuídas à sua centralização exclusiva nos resultados, com exclusão dos processos que a eles conduzem (Cabecinhas, 1995; Jesuino, 2003).

2.3.2.2 Modelos Económicos

Os modelos económicos são dinâmicos, centram o seu objecto de estudo nos processos negociais, ou seja, nas interacções conducentes a um possível acordo entre os participantes. Tais processos podem ser estudados na óptica da decisão racional, dando lugar aos modelos económicos, e isso porque foram desenvolvidos no âmbito desta disciplina, ou na óptica da decisão comportamental, mais do âmbito da psicologia social.

Estes diferem dos anteriores, sob vários aspectos, pois centram-se em situações de soma não zero ou de motivos mistos, deixando de lado situações de conflito ou cooperação puras. Referem-se a processos dinâmicos e enfatizam a formação de expectativas sobre o comportamento do outro, que nos remetem para negociações em tempo real, e mencionam os factores estruturais básicos das interacções negociais. Apesar de tudo o que foi mencionado excluem os processos psicológicos a que os participantes podem recorrer durante a interacção, que de algum modo podem influenciar decisões (Cabecinhas, 1995; Jesuino, 2003).

Ambos os modelos anteriores se referem a negociações de um para um, situações negociais de problemas unidimensionais, com abstracção face a factores contextuais, tais como os recursos dos participantes ou as normas sociais.

2.3.2.3 Modelos Psicossociológicos

Estes modelos pressupõem uma interacção estratégica. Tal como mencionado por Jesuino (2003), admite-se que os participantes possam “manipular as expectativas uns dos outros, quer no que se refere à estrutura da situação, ou seja, ao conteúdo da matriz de ganhos e perdas, quer no que se refere às suas próprias atitudes relativamente ao risco, funções de utilidade e comportamento negocial. Tal manipulação tem lugar através da comunicação(...)com aplicabilidade a várias situações do contínuo negocial, indo das interacções puramente cooperativas às interacções puramente competitivas,(...)com análise de estratégias e táticas de negociação, nos mais diversos contextos, articulando com os factores tanto estruturais, como psicológicos subjacentes” (p.15).

Também pesquisámos, os estudos mais recentes sobre negociação, e foi possível encontrar inúmeras definições válidas acerca do tema, ao que mencionamos apenas, as mais importantes na óptica da investigação.

2.3.3 Definições de Negociação

De entre elas, salienta-se a perspectiva de Jesuino, que refere que a negociação é um “processo de decisão num contexto de interacção estratégica ou de interdependência que implica, por isso mesmo, um mínimo de dois participantes (indivíduos, grupos ou organizações), cujas decisões são mutuamente contingentes” (2003:7).

Numa outra perspectiva, a negociação assume-se como “um processo de decisão por meio do qual os intervenientes (...)são como actores num jogo de natureza social e humana, onde se cruzam comportamentos, valores, poderes, expectativas distintas mas, não necessariamente, divergentes” (Carvalho, 2007:47).

Já Thompson em (2008) mencionou que “seja simples ou complexa a negociação tem a ver com pessoas, comunicação e influência(...)uma questão de confiança e de relacionamento”(p.4).

Ambas as partes desejam ver os seus interesses satisfeitos, mantendo da mesma forma uma relação (Goodman, 2007).

Este processo surge quando se “julga existir um conflito de interesses, para os quais não existam regras que os ajudem na decisão do que fazer” (Monteiro, 2007:154). A negociação é uma troca: dar para receber, retirando cada parte contrapartidas das concessões (Monteiro, 2007).

É um processo que nem sempre é simples, e mesmo que o panorama seja de abertura e partilha de informação, podem surgir obstáculos à manifestação dos verdadeiros desejos de cada uma das partes. Isto pode dever-se a inúmeros factores, quer pessoais, quer ambientais, que não facilitam ao processo de clarificação dos interesses e partilha da informação, sobre o que as partes pretendem realmente.

Esta falta de objectividade remete-nos para dois dilemas: o dilema da honestidade e o dilema da confiança. No primeiro, cada negociador hesita em manifestar ou divulgar o que pretende dos outros, receando a forma como estes poderão tirar partido das informações, no segundo existe uma desconfiança natural (estrutural), justificada ou não sobre a legitimidade e veracidade dos dados fornecidos pelas partes (Carvalho, 2007). Como estes são dilemas, não têm solução e os negociadores terão de lidar com eles, remetendo-nos para o facto de a preparação ser um dos elementos mais importantes da negociação (Carvalho, 2007; Goodman, 2007).

Também a pesquisa de Bazerman *et al.* (2000) fez referência a outros factores que poderão influenciar uma negociação tais como:

- **Relações sociais** que podem ser entendidas numa dimensão individual, de dois indivíduos ou redes de grupos;
- **Egocentrismo**, sendo que a justiça do julgamento dos negociadores não é puramente objectiva e quanto mais existir, mais difícil é o acordo;
- **Ilusões**, que motivam as negociações, na medida em que a maioria das pessoas se vê a si própria, ao mundo e ao futuro de uma forma mais positiva do que o é realmente;
- **Emoção**, pois os negociadores zangados não se preocupam com os interesses do oponente, nem com possíveis ganhos conjuntos, o que leva a crer que um negociador bem-disposto poderá optar por uma estratégia cooperativa.

Também Almeida (1999), na sua pesquisa, mencionou alguns conselhos que concorrem para o sucesso negocial, tais como:

- “Manter um elevado nível de aspiração;
- Adoptar referências objectivas/correctas, em função da dinâmica negocial (promover um adequado ajuste da ancoragem);
- Preparar convenientemente a negociação;

- Garantir, se possível, uma boa amplitude negocial, fazendo propostas mais objectivas, em função da possibilidade de cedência em torno de pontos de baixa prioridade;
- Fazer uma oferta que permita uma maior amplitude negocial sem perda de objectividade;
- Procurar sempre que possível, otimizar soluções conjuntas” (p.110).

As características emergentes da investigação no que se refere ao modo como os jogadores definem e criam a negociação quer psicológica, quer estruturalmente, serão os próximos temas em análise.

2.3.4 Principais características da Estrutura Negocial

O sucesso de uma negociação, prende-se com a gestão de objectivos, e interesses tangíveis e intangíveis das partes, valorizando os relevantes para a finalidade global da negociação, ou seja os níveis mínimos e máximos a que cada parte está disposta a aceitar ou a conceder.

Cada negociação, é única na forma como se desenvolve e no que toca à natureza dos recursos em jogo (Silva, 2005; Carvalho, 2007). No entanto, existem elementos que caracterizam, universalmente, o processo negocial, sistematizando a sua abordagem enquanto objecto científico.

Far-se-á revisão a conceitos como: objecto negocial, nível de aspiração, contexto negocial, pressão do tempo, apostas negociais, poder negocial, actores negociais, *Batna* e ponto de resistência, zonas de acordo e não acordo e de *Zopa*.

2.3.4.1 Objecto negocial

Pode ser objectivamente determinado, ou pelo contrário, ser pouco evidente e passível de diferentes interpretações. Considera-se, no entanto, imprescindível a identificação dos itens ou *issues* negociais e a sua interpretação pelas partes envolvidas. Pode ser ou não alterado e sinalizado durante a negociação, como resultado da colaboração e integração entre as partes, tornando os objectos negociais, ainda mais ricos que os de partida (Carvalho, 2007). Vários autores, referem que quanto maior o número de *issues* negociais, mais amplo o leque de alternativas a contribuir para a solução (Carvalho, 2007; Silva, 2005; Thompson, 2008).

Este conceito remete-nos para um outro, considerado chave no processo negocial, o nível de aspiração.

2.3.4.2 Nível de aspiração

Para Gil (2008) o nível de aspiração é o “resultado que o negociador deseja realmente atingir, que deve ser realista para não induzir o negociador a apresentar ofertas irrealistas. O nível de aspiração é determinado por vários factores, nomeadamente a percepção dos negociadores, a personalidade de ambos, etc. Convém também mencionar que a oferta inicial, se constitui como um elemento crucial para qualquer negociação, pois influencia de forma decisiva o final do acordo(...), interligada ao efeito de ancoragem, pois quando a incerteza se instala a oferta inicial funciona como uma âncora” (p.3).

2.3.4.3 Contexto negocial

O contexto negocial é determinado pelo ambiente global da negociação, tal como a situação política, social, económica e cultural, mas também por factores temporais, geográficos ou ambientais, etc. (Carvalho, 2006). Relativamente ao contexto da negociação, Lewicki *et al.* (1994, citado por Monteiro, 2007) referiu que há “vantagens decorrentes de negociar no próprio território, na medida em que representa uma fonte potencial de força com a probabilidade de potenciar, tanto o carácter afirmativo do negociador residente, como os resultados da negociação. Em contraste, um negociador na situação de convidado pode percepcionar-se com estatuto de subordinado” (p.67).

Também o lugar, em que as pessoas se sentam à mesa numa reunião, é de algum modo factor preditivo, da relação que existe entre elas (Monteiro, 2007; Thompson, 2008).

2.3.4.4 Pressão do tempo

O estudo de Mosterd e Rutte (2000) relacionou ao factor tempo, o facto de se negociar em nome individual ou em nome de outrem. Quando em nome individual, a pressão do tempo faz com que os negociadores não sejam tão competitivos, surgindo um acordo. Em representação de um grupo, a pressão do tempo, resulta numa interacção mais competitiva e em maior número de impasses. É maior o número de concessões feitas sobre forte pressão de tempo, dando a entender que ao criar pressão temporal, se poderá precipitar um acordo.

O factor tempo, tem importância para uma comunicação eficaz, pois provavelmente mais tempo para ouvir o outro e negociar, permitirá transmitir a mensagem com maior qualidade (Monteiro, 2007).

2.3.4.5 Apostas negociais

O conceito de aposta negocial é definido como o conjunto de interesses, expectativas, limitações e riscos que cada negociador considera relevantes para a negociação (Carvalho, 2006).

2.3.4.6 Poder negocial

A detenção de poder é sobretudo determinada pela sua fonte, ou origem, o que confere legitimidade para o seu exercício. O poder não é abstracto e absoluto, mas sim relativo e instável. Pode variar durante a negociação, dependendo do momento e das circunstâncias, bem como da percepção que o grupo ou a parte têm desse poder, podendo vir a ser limitado ou nulo. Deverá ser considerado um meio para alcançar um fim, mas nunca um fim em si mesmo (Carvalho, 2006; Howard e Thompson, 2007).

2.3.4.7 Actores negociais

Elementos fundamentais de uma negociação, designados por partes, que podem ser indivíduos ou grupos, a actuarem em nome próprio ou em representação de um grupo de pessoas (Carvalho, 2007). Sobretudo em contexto organizacional, os negociadores actuam em nome de outrem, a quem têm de prestar contas, os constituintes (Silva, 2005). Estes podem presenciar ou não a negociação, e se não fisicamente presentes, constituem uma *segunda mesa* invisível (Silva, 2005; Monteiro, 2007). Neste nível, fala-se no conceito de representação, quando os negociadores representam um grupo de constituintes (negociador representante).

Também as audiências, que por vezes, possam existir durante o processo negocial, (física ou psicologicamente presentes, dependentes ou independentes das acções dos negociadores, compostas por pares ou não pares), de algum modo influenciam as estratégias, que os negociadores vão utilizar, bem como a conclusão do processo (Monteiro, 2007).

Há referência, que os negociadores, mesmo os mais experientes podem fazer concessões, de modo a evitar tensão nas relações. Esta dimensão pode ser identificada e, normalmente, é preditiva de tendências de acomodação nos conflitos diários (Amanatullah *et al.*, 2008). No que se refere ao nível de confiança, os estudos demonstram que é superior em negociações de um para um (Naquim e Kurtzberg, 2009).

As pesquisas sugerem que a negociação entre duas partes leva a que os negociadores sejam:

- Mais positivos, que negativos;

- Incorrectamente influenciados por âncoras na negociação;
- Incorrectamente influenciados por informações previamente disponíveis;
- Ser demasiado confiantes e optimistas acerca de alcançar resultados que os favoreçam;
- Assumir que o bolo é inteiro e fixo e perder oportunidades para trocas e negociações que beneficiem ambas as partes;
- Haver uma escalada de conflito mesmo quando uma análise racional ditaria uma mudança de estratégia;
- Ignorar a perspectiva das outras partes;
- Desvalorizar concessões feitas pelo oponente (Carvalho, 2007).

2.3.4.8 Batna e Ponto de Resistência

O poder de uns, é visto em função do poder dos outros, e na quantidade de bens que cada um pode reclamar a si, o que torna muito importante o estabelecimento da *Batna*¹ a partir do original de (Fisher e Ury, 1981; Thompson, 2008) ou *Mapan*² (Carvalho, 2007; Kim e Fragale, 2005; Monteiro, 2007). Gil (2008) referiu que a “*Batna* resume a alternativa mais favorável que os negociadores dispõem, caso não alcancem um acordo, pois define os limites de resistência aos quais estamos dispostos a chegar” (p.3).

2.3.4.9 Ponto de Resistência

O ponto de resistência “representa o limite que os negociadores não estão dispostos a ultrapassar, por exemplo, é o salário abaixo do qual o candidato a um emprego prefere não aceitar. Um negociador que não tenha uma clara noção do seu ponto de resistência, pode ser arrastado por propostas que não aceitaria noutras circunstâncias” (Gil, 2008: 3).

2.3.4.10 Zonas de acordo e não acordo

Ao avaliar, a dimensão e os limites dos seus propósitos, tanto em termos de exigências como em termos de ofertas, o negociador consegue fixar determinados valores que correspondem ao objecto negocial, que pode ser um ou mais do que um. Este é condicionado por factores circunstanciais, culturais e económicos, mas também o é, sobretudo pela

¹ *Best Alternative to a Negotiated Agreement*

² *Melhor Alternativa para o Acordo Negociado*

necessidade de garantir uma margem de manobra que possibilite ao negociador a definição de estratégias que permitam atingir os objectivos mínimos propostos (Carvalho, 2007).

2.3.4.11 Zopa

Assim, o desafio passa por alcançar um acordo que seja o mais favorável para ambas as partes, e que não esteja fora da zona de negociação, ou zona de possível acordo, a *Zopa*³, o espaço entre os pontos de resistência das partes (Thompson, 2008). Se as partes divergirem nos valores dos pontos de resistência e alvos, existe um conjunto de valores, situado entre aqueles, onde se poderá situar o acordo final. Quando existe coincidência parcial nas amplitudes determinadas pelos alvos, e pontos de resistência, estamos perante uma zona de acordo positiva. Quando por outro lado, não existe coincidência entre os pontos de resistência de ambas as partes, tal resulta numa zona de acordo negativa, cenário em que o acordo só será possível se as partes se dispuserem a alterar os seus limites, aproximando-os da parte adversária ou, alargando/diminuindo a zona de acordo. Pode então “falar-se de táticas em relação ao grau de concessões que cada negociador faz, relativamente à extensão inicial das exigências que expressa, bem como ao momento do processo negocial em que as faz” (Monteiro, 2007: 164).

Igualmente, e sob o ponto de vista da dinâmica processual, enfatizam-se outros aspectos igualmente centrais à negociação, mais a mais por envolverem aspectos francamente comportamentais e de intenso trabalho do cérebro emocional. São eles:

- As divergências entre negociadores;
- A existência de interesses comuns;
- A capacidade de aceitação;
- A natureza voluntária da negociação;
- O face-a-face;
- O carácter emocional (Carvalho, 2007).

2.3.5 Fases da Negociação

Segundo Goives e Gomes (2004), a negociação entre os intervenientes (pessoas, países, sindicatos, etc.), obedece a três princípios básicos:

³ *Zona de Possível Acordo*

- “Definição prévia de uma estratégia (antes da negociação);
- Utilização de táticas de negociação (busca da solução do problema durante a negociação);
- Organização dos procedimentos de sobrevivência (estratégia e tática) ou seja como proceder se os resultados não forem favoráveis” (p.15).

Seguidamente, mencionam-se as principais fases de uma negociação:

2.3.5.1 Preparação

Para Goodman (2007) a preparação é a chave do sucesso negocial. A grande maioria das pessoas, tem consciência que a preparação importa, embora não se prepare eficazmente (Fisher *et al.*, 2007; Thompson, 2008). Esta situação deve-se a uma falha de percepção, que o negociador tem de todo o processo negocial.

“Se o negociador, devido a escassez de tempo ou excesso de confiança, não preparar bem a negociação, pode incorrer em consequências como:

- Perder flexibilidade negocial, para aceitar propostas que se ajustam satisfatoriamente aos seus objectivos;
- Fazer propostas irrealistas, que induzem de imediato à sua rejeição pelo oponente, podendo conduzir o negociador a *perder a face*;
- Não ter consciência das suas fraquezas/forças nem das do oponente, o que pode dar origem a perda de credibilidade e poder persuasivo;
- Aceitar propostas desfavoráveis por não ter estudado a *Batna*;
- Perder a paciência, perante actuações lentas e ambíguas do negociador oponente e, deste modo recusar a actual e futuras negociações” (Gil, 2008:4).

2.3.5.2 Exploração

Nesta fase, podem fazer-se lances de carácter exploratório, fixar objectivos mais realistas, recolher dados sobre o oponente, bem como as suas aspirações.

2.3.5.3 Argumentação

É a altura de fazer trocas. Nesta fase, argumenta-se com o objectivo de fazer baixar a resistência do adversário e atingir os objectivos. São de ter em conta, aspectos como o

ambiente, a pressão, as iniciativas, as induções psicológicas determinadas pela força da convicção e da persuasão. Na abordagem à negociação, os processos de comunicação e a adequação dos argumentos ao tipo de comunicação estabelecida, tornam-se factores onde incidir (Carvalho, 2007; Gil, 2008).

2.3.5.4 Finalização

É concluída a negociação, quando “ambas as partes entram em acordo e terminam as negociações. A comunicação deve ser clara e precisa, pois sem ela é mais difícil chegar a uma conclusão” (Gil, 2008:5). No final de cada negociação, deve-se-á reflectir e aprender com a prática, pois o treino é fundamental para a aprendizagem do processo negocial (Kray e Haselhuhn, 2007).

2.3.6 Orientação negocial

Para uma negociação efectiva, as partes devem olhar para a não concordância com um potencial remediável, terem respeito e confiança mútua, partilhar informação acerca de preferências, capacidades e constrangimentos. Ambas as partes devem sentir que o campo de interacção da negociação é positivo para que a negociação tenha sucesso (Rourke *et al.*, 1993). As estratégias de negociação, são normalmente, classificadas em distributivas ou integrativas, diferenciando-se por razões estruturais relativas à natureza dos itens negociais, mas também pelas diferenças de abordagem estratégica.

A perspectiva integrativa da negociação ganhou popularidade nos anos 80 com a publicação das obras Fisher e Ury (1981), cujos estudos referiam que as pessoas ficavam insatisfeitas com as formas de negociação até então utilizadas. Por isso, propuseram um método⁴, que envolve sempre que possível a procura de ganhos mútuos, e que perante o conflito, baseia os resultados em escolhas justas e independentes das vontades individuais (Fisher *et al.*, 2007). Steinel *et al.* (2007) estudou o efeito da experiência, e do aconselhamento separadamente e em conjunto e concluíram que isoladamente não parecem melhorar os resultados em soluções integrativas, mas a sua combinação influencia o negociador, orientando-o para a resolução de problemas com base nos resultados conjuntos.

Também foram estudadas as questões do código de conduta e ética, revelando que os negociadores experienciam forças contraditórias. Se por um lado, os códigos de conduta e

⁴ *Principled Negotiation*

ética defendem que os negociadores devem ser simples, honestos e sinceros nos seus acordos, por outro lado parece que os negociadores que são menos simples e que enganam mais obtêm melhores resultados, dentro dos seus pontos de resistência. A simplicidade e a honestidade, geralmente, levam a grandes concessões, traduzindo-se em resultados sub-optimais (Steinel *et al.*, 2007). Já o estudo desenvolvido por Barry e Friedman em (1998), referiu que características como ser extrovertido e afável, parecem ter impacto nas negociações distributivas. Já factores tais como, a capacidade cognitiva e a consciência parecem ter impacto em negociações integrativas. O enquadramento afectivo leva, por um lado, a que os negociadores apresentem altos níveis de envolvimento e emoções positivas, mas por outro apresentem um nível de confiança baixo e um menor uso de tácticas de negociação distributiva (Hunt e Kernan, 2004).

Em suma, os negociadores que se focam numa abordagem de repartição do bolo, estão a usar técnicas de negociação distributiva e uma postura *win-loose*. Já os negociadores integrativos recorrem a técnicas de resolução de problemas e de cooperação, de modo a alcançarem resultados *win-win*, que permitem o aumento do bolo (Charles, 1994; Thompson, 2008). Os itens da negociação distributiva são pontos de litígio e da negociação integrativa são problemas (Thompson e DeHarport, 1998; Walton e Mckersie, 1965).

Passaremos a analisar cada uma delas.

2.3.6.1 A negociação distributiva (repartição do bolo)

Numa negociação deste tipo, o interesse das partes opõe-se. A negociação distributiva caracteriza-se “pelo facto de as partes focarem a atenção sobre o conflito de interesses, em que o total de recursos conseguidos pelas partes é percebido como constante, seja qual for o ponto de divisão dos recursos” (Monteiro, 2007:155). Este conflito de interesses, em volta de um único item negocial, termina normalmente, com uma situação de *win-loose*, ou num impasse. A maior parte dos negociadores chega à mesa da negociação com uma ideia do que quer (o objectivo máximo), mas não sabe bem qual o seu ponto de resistência ou da outra parte, nem até que ponto tem interesse em fazer concessões antes de abandonar a negociação. Este tipo de negociação apresenta uma configuração de itens de soma fixa, não pressupondo alteração ao formato final, do montante de recursos em disputa.

2.3.6.2 Negociação integrativa (aumento do bolo)

Normalmente, uma negociação tem potencial integrativo, quando abrange mais do que um item, que possa ser introduzido no bolo negocial durante o processo, e assim possibilitar o aumento do número de possíveis acordos. Nas soluções integrativas, possíveis alternativas negociais representam formas de maximização de ganhos conjuntos, do tipo *win-win*. Neste tipo de processo, pode ocorrer um ajustamento, pressupondo a mudança dos objectivos individuais ou das prioridades, em favor dos objectivos que se aproximam dos interesses comuns.

É valorizado, um clima de confiança, de credibilidade mútuos que por sua vez, estimulam a criatividade, a inovação, a partilha de opiniões construtivas e dinâmicas, e que potenciam uma relação mais duradoura entre as partes (Carvalho, 2006). Normalmente, se todas as partes utilizarem um estilo integrador ou de resolução de problemas, tal poderá resultar num encurtamento das distâncias psicológicas e numa melhoria na comunicação, pois o clima de confiança, ajuda a criar condições para a solução (McIntyre, 2007; Thompson e DeHarpport, 1998).

Certo é, que a maioria das “negociações não é apenas integrativa ou apenas distributiva(...), envolvendo mudanças ao longo do processo negocial” (Monteiro, 2007:184). Muitas negociações misturam os motivos com o potencial integrativo. Quer-se com isto dizer que os interesses das partes não são nem completamente opostos, nem completamente compatíveis, podendo existir concordâncias que satisfaçam as aspirações de ambas as partes em amplitudes superiores a cinquenta/cinquenta (DeDreu e Kwon, 2000).

2.3.7 A cognição na negociação

O modo como o indivíduo selecciona, processa e usa a informação durante a negociação, orienta o processo negocial na perspectiva cognitiva. A construção da realidade social por parte do indivíduo (a percepção das intenções, das atitudes e das crenças acerca do outro), bem como a percepção da situação induzem comportamentos (Cabecinhas 1995; Monteiro 2007; Pruitt e Carnavale, 1993; Schei *et al.*, 2007).

O estudo da negociação actualiza a ideia de este ser um processo de tomada de decisão(...)em que:

- “A parte negocial é um órgão de decisão;

- Os comportamentos são analisados enquanto decisões apoiadas em julgamentos e avaliações da situação negocial;
- Cada uma das partes considera a informação disponível sobre essa situação, analisa o comportamento da outra parte, prediz o que irá acontecer e avalia as suas potenciais consequências;
- Existem padrões cognitivos criados pela própria situação e contextos negociais” (Monteiro, 2007: 172).

A definição da negociação em termos de tomada de decisão orienta-nos para processos cognitivos, onde o grau de incerteza que algumas situações apresentam, se deve à influência de determinadas heurísticas e enviesamentos do comportamento (Jesuino, 2003; Schei *et al.*, 2007).

Consciente ou inconscientemente, como resultado destas influências cognitivas, os negociadores confiam em heurísticas e esquemas de ajuda, na selecção e no rápido processamento da informação disponível. Desenvolvidas a partir da experiência prévia, guiam o processamento da informação, em interacção com a atenção e a memória, fazendo com que certos acontecimentos sejam notados e recordados enquanto outros ignorados ou esquecidos (Cabecinhas, 1995). Como seu resultado, podem existir impactos positivos ou resultados sub-optimais, na medida em que os negociadores podem não se aperceber da possibilidade de acordos com potencial integrativo, do tipo *win-win*.

Neste sentido, a aprendizagem e o *feedback*, são factores que desempenham um papel muito importante neste processo, apesar dos enviesamentos cognitivos serem muito resistentes à mudança, não auxiliando a expansão e o pensamento criativo, pois o ser humano segue linhas de pensamento, muito utilizadas, tornando-se avesso a mudanças e a novas visões (Cabecinhas 1995; Monteiro 2007; Pruitt e Carnavale, 1993; Thompson, 2008).

Na medida em que, a negociação, não é mais do que prevenir ou evitar disputas, também as crenças culturais modelam e influenciam, subtilmente, mas de forma muito concreta o nosso modo de negociar. Khneman e Tvresky (1982) referiram que a cognição humana é influenciada por uma tão grande variedade de erros previsíveis, que estes podem dar-nos uma ideia acerca de como funcionamos. A pesquisa tem também demonstrado, importantes ligações entre cognição, motivação e estados de humor (Monteiro, 2007).

Nos pontos seguintes, passaremos em revista, primeiro os principais erros negociais, e posteriormente os principais erros relacionais descritos na literatura, na medida em que estes poderão estar na origem de uma boa parte das dificuldades negociais.

2.3.7.1 Erros Negociais

A maioria das pessoas acredita que o **mundo é justo**, um lugar onde há justiça e as pessoas retiram da vida o que merecem e merecem aquilo que lhes acontece. Se acreditássemos que com facilidade nos poderiam acontecer coisas más, o mundo iria tornar-se assustador e menos previsível (Thompson, 2008).

As pessoas têm igualmente, teorias acerca do processo de negociação, guiando-se por acontecimentos/pressupostos de comportamento justo, em determinadas situações, os **guiões negociais** (Thompson, 2008). Estes esquemas descrevem as sequências apropriadas de acontecimentos em determinado tipo de situação, onde se incluem geralmente pressupostos acerca do comportamento apropriado (Cabecinhas, 1995).

A tendência do ser humano em cair num **enviesamento de retrospeção** é grande, pois julga que a partir do conhecimento dum dado resultado é possível inferir o processo que lhe deu origem, mas o inverso não se verifica (Thompson, 2008). *Eu sabia, mas não me ocorreu na altura certa*, faz com que as soluções integrativas pareçam óbvias em retrospectiva, pois conhecido o resultado, os eventos que conduziram a ele são óbvios, mas não se conseguem ver quando numa nova negociação, pela dificuldade no acesso a informação valiosa na resolução de novos problemas (Thompson, 2008).

Outro erro negocial, a **correlação ilusória ou causalidade não garantida** resulta da tendência para ver correlações inválidas entre eventos, ou seja as pessoas apercebem-se de relações entre diferentes partes de informação, por as conhecerem, simultaneamente, apesar da falta de base objectiva para as relacionar (Thompson, 2008). Há uma tendência muito grande para inferir relações de causalidade entre dois eventos, apesar de não ser uma situação segura, por não se saber o sentido dessa causalidade (Thompson, 2008).

Verifica-se também, uma tendência para serem tiradas conclusões precipitadas, a **lei dos pequenos números**, ou a **heurística da representatividade**, que faz como que o julgamento efectuado tenha como ponto de partida as características mais óbvias do objecto, ignorando características subtis que possibilitariam um julgamento equilibrado (Cabecinhas, 1995). Verifica-se uma tendência para conclusões precipitadas, baseadas em pequenas amostras de dados ou de factos. Retirar conclusões com pequeno número de amostras é uma tendência que

se pode configurar em erro, levando a erros no futuro, na medida em que aproximações que funcionaram no passado poderão, não funcionar no futuro (Carvalho, 2007).

Já a **heurística da disponibilidade** remete-nos para o facto de por vezes se conhecer a informação através de meias verdades (Carvalho, 2007). De acordo com esta heurística, quanto mais predominante se julga ser um grupo ou uma categoria, mais fácil se torna para as pessoas lembrarem-se de exemplos desse grupo ou categoria. Os julgamentos de probabilidade de um acontecimento são baseados na disponibilidade, na memória, nas ocorrências passadas, o que poderá afectar a qualidade dos julgamentos e apreciações na medida em que estes podem ser afectados pela facilidade com que a informação é trazida à mente (Cabecinhas, 1995; Thompson, 2008). Está associada ao efeito do falso consenso que menciona que a maioria das pessoas pensa que os outros concordam com elas mais vezes do que realmente se verifica (Thompson, 2008).

A **persistência em crenças** é outro erro comum, pois formada uma opinião, mesmo que se prove errada, pode perdurar (Thompson, 2008). As pessoas tendem a acreditar que algo é verdadeiro, mesmo quando se revela ser falso, pois quando é estabelecida uma relação de causalidade é difícil modificá-la. Se na negociação os opositores formarem uma opinião errada acerca do outro, mesmo que se venha a provar errada, pode mesmo assim perdurar (Thompson, 2008).

Também se tende a **desvalorizar reactivamente** uma proposta quando a mesma é feita pelo oponente, apenas por isso mesmo, pois *o que é bom para o outro é mau para mim* (Cabecinhas, 1995; Carvalho, 2007). Quando um dos negociadores faz uma proposta e o negociador oponente apresenta a mesma proposta, é provável que o primeiro negociador reconceptualize desvalorizando-a e eventualmente rejeitando-a. O erro consiste em desvalorizar as concessões da outra parte simplesmente porque foram feitas pelo outro (Cabecinhas, 1995; Carvalho, 2007).

Tal como no exemplo anterior, também o **efeito da reclamação** refere a tendência de se sobreavaliar um qualquer objecto, se não for meu, pois *o meu carro vale mais se for meu* (Carvalho, 2007). Pensando que o que é bom para um lado não será seguramente bom para o outro, fixa limites e desvaloriza concessões/propostas (Carvalho, 2006, 2007).

As situações anteriormente descritas, levam-nos a um outro erro, o **mito da divisão/ mito da soma fixa**, descrito como um *obstáculo à criatividade e imaginação* e que impede a descoberta de soluções integrativas, levando a que o negociador se fixe num determinado curso de acção alinhado com a ideia inicial, mesmo que o decurso da negociação mostre a sua

desadequação, que por sua vez propicia a **escalada irracional**, que se sucede por se fazer uma gestão com base em impressões e não em factos.

Os negociadores mais realistas e com percepções mais correctas dos resultados finais, obtêm mais ganhos da negociação, sendo por conseguinte de reter que o erro **excesso de confiança** deve ser evitado (Jesuino, 2003; Thompson, 2008). “O efeito do excesso de confiança resulta dos níveis de confiança sem qualquer garantia que as pessoas consideram ao avaliar as suas próprias capacidades, e a ocorrência de eventos positivos, ao mesmo tempo que subestimam as probabilidades de ocorrência de eventos negativos” (Thompson, 2008: 220).

No processo negocial somos bombardeados com muita informação, que vai desde a aparência física, às observações iniciais, o comportamento não verbal, e assim por diante, ou seja o **enquadramento**. Este pode induzir enquadramentos em termos de ganhos ou de perdas, um horizonte positivo ou negativo (Cabecinhas, 1995; Carvalho, 2007). A forma como a comunicação é feita, a maneira como as diversas propostas e argumentações são verbalmente formuladas induzem enquadramentos em termos de ganhos ou de perdas, influenciando os negociadores (Cabecinhas, 1995).

A forma como as questões são enquadradas constitui um aspecto subtil da tomada de decisão em situações de incerteza, influenciando a condução e os resultados da negociação. Assim, há maior probabilidade de alcançar um acordo quando a tarefa é formulada em termos de ganhos do que quando é formulada em termos de perdas.

No entanto, percebemos só uma pequena parte desta informação, podendo ser influenciados por uns aspectos e não por outros, pois a **atenção é selectiva** e focalizada nas primeiras impressões e, a **memória a curto prazo** tem uma capacidade bastante limitada (Pentland, 2007). Sem uma repetição forçada e contínua a informação desaparecerá e será substituída por nova informação percebida.

Um outro erro prende-se com o efeito de **ancoragem ou ajustamento** que remete para a importância da selecção dos pontos de referência (âncoras), pois a tendência é não nos afastarmos delas, ou se o fizermos ser um afastamento ligeiro (Cabecinhas, 1995; Carvalho, 2006, 2007; Thompson, 2008).

Tendemos também, a utilizar estratégias de resolução de problemas, já conhecidas, pois o **pensamento tende a ser rígido**, fixado a uma estratégia, não deixando passar a outra mais eficaz ou seja confia em **informação estereotipada** que pode levar a desprezar informação

potencialmente útil, pois confia-se apenas num único dado (falácia do jogador) que se relaciona com sorte/azar (Cabecinhas, 1995; Thompson, 2008).

Também, aspectos como o entusiasmo e a ansiedade em encerrar uma negociação, podem favorecer o **fecho negocial acelerado**, a maldição do negociador, percepção de desconforto que sucede um acordo demasiado rápido (Carvalho, 2007). Este prende-se com objectivos mal definidos e fraco planeamento quanto às finalidades do acordo, denota alguma incapacidade para avaliar psicologicamente os parceiros e os próprios, sobrestimando posições ou dando excessiva valorização ao objecto negocial (Carvalho, 2007).

Seguidamente passaremos em revista os principais erros relacionais descritos na literatura, tendo em conta que também eles influenciam as negociações, mais a mais, num contexto relacional como o de Centro de Saúde.

2.3.7.2 Erros Relacionais

Os principais erros relacionais encontrados na literatura são:

- **“Oferecer ajuda que não foi pedida:** quando alguém solicita ser ouvido deve ouvir-se, mas só será dispensada ajuda, se claramente solicitada;
- **Não dizer o que realmente se pretende do(s) outro(s):** esta falta de clareza e objectividade podem ter efeitos muito nefastos em termos relacionais, remetendo para o facto de a assertividade ser uma competência emocional absolutamente central;
- **Fazer excepções e adoptar posturas desiguais:** as regras devem ser aplicadas a todos por igual e, quando se trata de relações a preservar, as excepções podem custar enormes dissabores em termos relacionais e deteriorar relações;
- **Se, apenas:** este é um erro muito comum numa relação entre as partes, sobretudo quando uma ou algumas delas condicionam o futuro com o passado e trazem em muitas frases e palavras, a memória de factos passados;
- **Dizer mal de um colega:** a verdade é que, dizer mal de alguém é levar a público os próprios defeitos. É uma prática pouco interessante e que apenas revela as fragilidades e as inseguranças próprias.
- **Evitar que os outros exponham as suas boas qualidades e características:** a falta de confiança própria leva a que se ofusquem os méritos e as qualidades de terceiros, não deixando que as suas melhores características possam aparecer em público;

• **Argumentar para vencer:** em ambientes relacionais a argumentação excessiva é já um erro. Uma relação não tem nem vencidos nem vencedores pelo que cada uma das partes ficará com as suas razões e delas poderá não prescindir. De facto, importa desenvolver relações de cooperação e cultivar essas relações, pois o poder relacional sobrepõe-se cada vez mais, nas organizações;

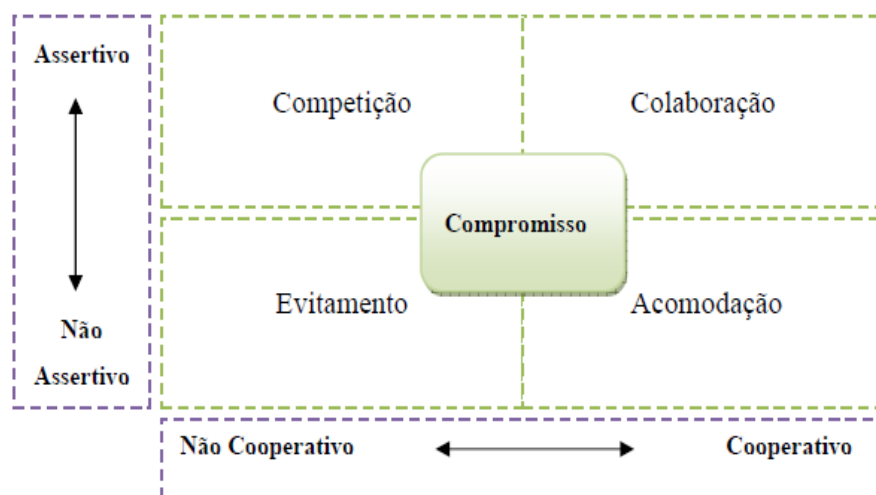
• **Tomar o outro como garantido:** quando não se desenvolvem as relações com os outros e se tomam esses outros, ou partes, como garantidos ocorrem por vezes as situações mais inesperadas. Uma relação pode condicionar, negativa ou positivamente, um conjunto de decisões” (Carvalho, 2007: p. 89).

Posto isto, passaremos a analisar uma vez mais, a matriz alargada de gestão de conflitos interpretando-a em termos psicológicos, tal como proposto por diversos autores (Carvalho, 2007; Charles, 1994; Dimas *et al*, 2007; Fernandes, 2006; McIntyre, 2007; Saltman *et al.*, 2006; Thomas, 1976, mencionado por Jesuino, 2003).

Neste modelo de análise é possível reconhecer as características da personalidade, associadas aos cinco tipos de comportamento, face ao conflito, pois a atitude individual, perante o conflito, é um factor adicional a ter em conta, modeladora da natureza objectiva da situação (Figura 3).

Posteriormente passaremos a analisar o contributo dos cinco tipos de comportamento fazendo uma breve revisão individual de cada um.

Figura 3 - Estilos de gestão do conflito



Fonte: Jesuino, Jorge (2003). A Negociação: Estratégias e Táticas: 86.

Competição:

- Cria situações claras de ganhos ou perdas;
- Utiliza a rivalidade;
- Utiliza jogos de poder para chegar ao que é pretendido;
- Força a submissão.

Colaboração:

- Resolve os problemas;
- Confronta as diferenças compartilhando ideias e informações;
- Busca soluções integradoras;
- Encontra soluções nas quais todos ganham;
- Vê problemas e conflitos como desafios.

Evitamento:

- Ignora os conflitos esperando que assim desapareçam;
- Coloca os problemas sob consideração ou em suspenso;
- Recorre a métodos muito lentos para reprimir o conflito;
- Usa sigilo para evitar confrontação;
- Apela a regras burocráticas como forma de resolução dos conflitos.

Acomodação:

- Cede;
- Submete-se e obedece.

Compromisso/Negociação:

- Discute;
- Procura entendimentos e compromissos;
- Encontra soluções satisfatórias ou aceitáveis (Carvalho, 2006; Jesuino, 2005).

Os estilos de gestão de conflitos de competição, acomodação, evitamento e compromisso, usam técnicas distributivas, ao passo que o estilo colaboração é integrativo (Carvalho, 2006; Jesuino, 2005).

Para Martinelli e Almeida, (1997) citado por Fernandes (2006), os “diversos tipos e estilos de negociação, podem ajudar à administração dos conflitos de um modo mais eficaz,(...)sendo imprescindível a habilidade de saber ouvir para negociar, pois esta

habilidade auxilia no exercício da capacidade de reflexão, questionamento, síntese e possibilita a correcta compreensão dos problemas e possíveis alternativas” (p.29).

No entanto, não basta ser-se habilidoso, ou ter conhecimentos sobre formas de gestão dos conflitos, há que deter competências (Fernandes, 2006).

É com base, nesta introdução à negociação, que passou pela sua caracterização universal e individual, que se continuamos a investigação avaliando que:

“Maior necessidade de negociação acarreta uma maior necessidade de competências”

(Carvalho, 2007).

2.4 Competências

“As competências não são os detalhes de um determinado trabalho, actividade ou função, mas sim aquilo que os profissionais de elevado desempenho levam para o trabalho que realizam”

(Davies e Ellison, 1999 citados por Ceitil, 2007:95).

Fernandes (2006) referiu que “o ambiente organizacional onde as pessoas estão inseridas, remete para uma série de situações inusitadas que requer mobilização de competências, de modo a enfrentá-las adequadamente, na medida em que a complexidade das situações vivenciadas pelas pessoas nas organizações, é cada vez maior” (p.33).

Actualmente, as empresas já começam a criar estruturas organizacionais que conciliam a excelência funcional, e a privilegiar comportamentos imprescindíveis à eficiência. Assim sendo, as pessoas deixaram de ser entidades passivas e passaram a deter autonomia para gerir o seu próprio trabalho, o que sugere por si só um elevado nível de exigência (Ceitil, 2007).

Deste modo, reconhece-se, que no seio da dinâmica organizacional, independentemente da área de actuação, os indivíduos que possuem um maior índice de desempenho, aliado a um bom desempenho organizacional, são muitas vezes aqueles que detêm um maior número de características, que os torna únicos e diferentes (Gonçalves, 2008). O conhecimento respeitante à gestão de competências, é uma problemática integrada numa nova visão e novos cenários, com foco nas pessoas como principal catalisador e dinamizador, daquele que é o factor produtivo mais importante da actualidade, o conhecimento. O capital humano é o factor mais importante da produtividade, e factor chave à compreensão do *desempenho* nas empresas, e à natureza da complementaridade, entre os recursos humanos (Ceitil, 2007; Fernandes, 2006).

O conceito de competência, sofreu múltiplas alterações ao longo dos tempos, passando do simples acumular de saberes, a algo mais específico e conceptualizado (Ceitil, 2007). Numa primeira abordagem, o conceito de competência baseava-se na avaliação externa do indivíduo, enquanto propriedade adquirida, evoluindo para uma avaliação interna ligada aos traços ou características, e, por fim, para um conceito mais complexo, sinónimo de comportamento/acção (Ceitil, 2007).

Passemos agora, a analisar algumas dessas perspectivas, indicando as mais interessantes para o presente trabalho.

Começemos pela abordagem que as organiza em “gerencial e técnica, em que a técnica se refere à capacidade de realizar determinadas especialidades, e a gerencial é relacionada com a capacidade de solucionar problemas” (Fernandes, 2006 citando Figueiredo, 1999: p.35).

Podem também ser analisadas como sendo “um conjunto de conhecimentos e habilidades que contribuem para que o indivíduo, no exercício de determinada função possa oportunizar à organização um desempenho eficiente e saiba relacionar-se com as pessoas” (Fernandes, 2006, p.38).

A “competência é a capacidade para operacionalizar um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades numa situação concreta, de modo a ser bem sucedido” (Jardim e Pereira, 2006:43).

Outra perspectiva caracteriza-a como o desempenho de uma actividade ou tarefa com sucesso ou o conhecimento adequado a um certo domínio do saber ou *skill*, com ênfase no indivíduo, contrastando com o conceito de qualificação que enfatiza mais a tarefa ou a função.

“Enquanto modalidades estruturadas de acção, as competências são comportamentos específicos que as pessoas evidenciam, com uma certa constância e regularidade, no exercício da sua actividade profissional” (Ceitil, 2007: 41).

Também (Spencer, McClelland e Spencer, 1994 citados por Gonçalves, 2008:57) a consideraram como “uma combinação de motivos, conceitos, atitudes ou valores, que implicam conhecimento ou capacidades cognitivas, assim como qualquer característica individual passível de ser observada/mensurada, diferenciadora de desempenhos superiores e medianos”.

As competências podem também ser delimitadas em organizacionais, reflectindo a missão, a visão da organização e os hábitos de trabalho partilhados, e as individuais que

surgem como uma combinação de saberes construídos ao longo da história de vida, da formação inicial e contínua, da experiência, sintetizadas em três tipos de capacidades:

- Capacidade de acção, nomeadamente optimização de recursos, obtenção de resultados, o assegurar da qualidade e a segurança;
- Capacidade de reflexão, capacidade de análise de problemas e de inovação;
- Capacidade de relacionamento, ou seja, comunicação (ouvir e falar), negociação, trabalho em equipa, etc. (Ceitil, 2007).

Já Woodruff (1991), ao aperfeiçoar o conceito de competência, a partir dos trabalhos anteriores de McClelland citado por Sousa et al., (2006) dividiu as “competências em essenciais/*hard* ou diferenciais/*soft*.”

As “competências essenciais/*hard*, são os conhecimentos e habilidades que uma pessoa precisa para ser eficaz no seu trabalho, podendo ser adquiridas através da formação (conhecimentos técnicos, científicos, gestão, informática, línguas) e as competências diferenciais/*soft* que englobam características pessoais, que habilitam o indivíduo para o desempenho de determinadas funções (capacidade de liderança, trabalho em equipa, cooperação, autoconfiança, etc.)” (p.141).

Podem também ser (independentemente do contexto de actividade), transversais ou universalmente requeridas, e específicas, requeridas em (contextos/actividades) mais restritos, associados a domínios técnicos e instrumentais.

Outra perspectiva, fala na diferença entre *competence(s)* e *competency(ies)*. As “*competences* correspondem aos *outputs* e a um *desempenho* médio, ou seja aos *outputs* esperados e especificados para uma dada actividade profissional, ao passo que as *competencies* são *inputs*, são características intrínsecas que o indivíduo leva para a sua actividade profissional, e que lhe permitem um desempenho superior numa variedade de situações” (Ceitil, 2007: 95). Os *outputs* de desempenho, são resultados específicos e observáveis, que só existem na e pela acção, e estão em articulação com os *inputs*, os traços e as características das pessoas.

É nesta passagem entre os *inputs* e os *outputs*, que reside o factor diferenciador entre competências e características.

Em suma de tudo o que foi dito mencionam-se:

- “As competências como atribuições e como qualificações, consideradas como elementos extra-pessoais e definidas como atributos;

- As competências como traços ou características pessoais, consideradas como características intra-pessoais e definidas como capacidades;

- As competências como comportamentos ou acções, consideradas como fenómenos inter-pessoais e definidas como resultados de desempenho ou modalidades de acção” (Ceitil, 2006:41).

Para este assunto, mencionamos a obra de Sousa (2006), que apontou o trabalho de McClelland (1973), ao agrupar cinco dimensões de competências, capazes de dar indicação sobre o desempenho da pessoa, através de uma combinação de motivos, conceitos, atitudes ou valores, que implicam conhecimentos/capacidades cognitivas, assim como qualquer característica individual observável e/ou mensurável diferenciadora (Gonçalves, 2008).

Segundo Boyatzis, citado por (Ceitil, 2007) essas cinco dimensões de competências são:

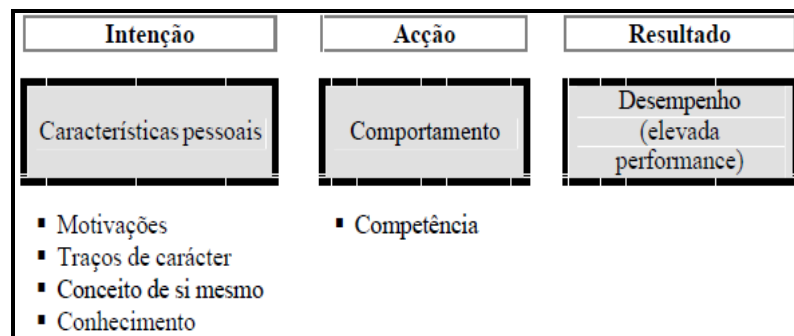
- **“Motivação**, uma necessidade subjacente que conduz, dirige e selecciona o comportamento do indivíduo;
- **“Traços de carácter**, que se referem à forma de se comportar ou responder;
- **“Conceito de si próprio**, referente a atitudes e valores, nomeadamente a ideia do que fazem ou gostariam de fazer;
- **“Conhecimentos, ou seja noções**, procedimentos técnicos e experiências pessoais;
- **“Competências comportamentais/cognitivas**, que podem ser mais visíveis, e.g. escuta activa, relacionamentos interpessoais ou menos visíveis, e.g. raciocínio dedutivo ou indutivo” (p.80).

Estas cinco dimensões inter-relacionam-se e diferenciam-se em competências críticas que impulsionam elevados níveis de desempenho e básicas que nos remetem para desempenhos mais elementares (Ceitil, 2007; Sousa, 2006).

A interligação entre estas pode garantir um aumento do desempenho, e define a competência como comportamento/acção observável e resultante de intenções subjacentes por características pessoais.

Para Mitrani *et al* (1992, citado por Ceitil, 2007), as “competências podem relacionar-se com o desempenho através de um simples modelo causal, que indica que a motivação, os traços de carácter, o conceito de si próprio, e o conhecimento, ao serem activados numa situação, prevêm comportamentos que, por sua vez, predizem desempenhos(...)incluem uma intenção, uma acção, um resultado” (p.96) (Figura 4).

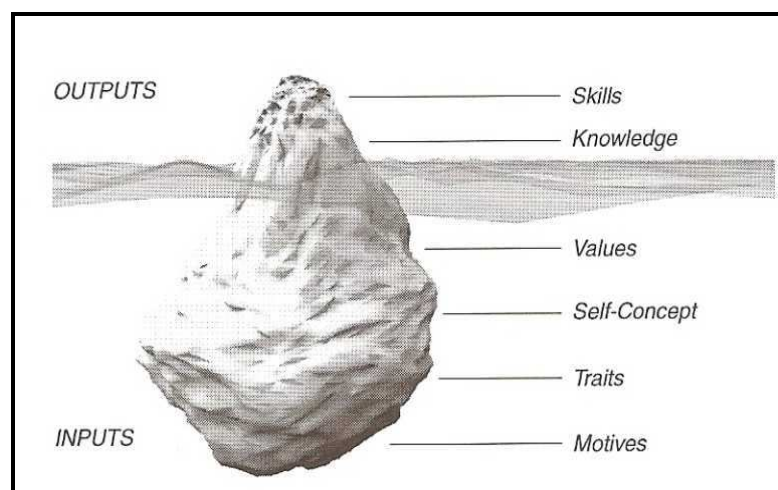
Figura 4 – Modelo causal de competências segundo Boyatzis



Fonte: Ceitil, Mário (2007), Gestão e desenvolvimento de competências. Pág. 97.

Numa outra perspectiva citamos o modelo explicativo de Mcber, que associou as competências a um *Iceberg*, dividido por uma linha invisível em: competências de índole mais interna e competências de índole mais externa (Figura 5).

Figura 5 – Modelo do Iceberg de Competências segundo Mcber



Fonte: Ceitil, Mário (2007), Gestão e desenvolvimento de competências. Pág. 80.

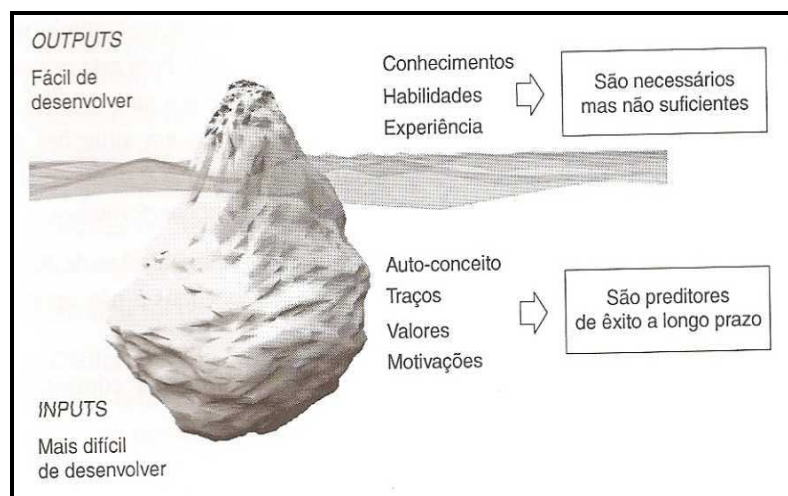
Na parte superior e mais visível do *Iceberg*, estão os *outputs*, que são competências como as *skills*/ habilidades, o conhecimento e a experiência. A parte inferior corresponde a uma zona interna, única e diferencial, os *inputs*, constituída pelos:

- **Valores:** Ideias e orientações de vida;
- **Auto-Conceito:** A forma como o indivíduo se vê;
- **Traços:** As características físicas e psicológicas ou respostas a determinadas situações;
- **Motivação:** Guia e direcciona as acções com o intuito de atingir determinado objectivo (Sousa, 2006).

O autor desta análise também mencionou que as diferentes competências são passíveis de ser trabalhadas, melhoradas, actualizadas, apesar de existirem aquelas a que é mais difícil aceder (Ceitil, 2006). Assim, do ponto de vista da gestão das competências, é necessária a compreensão do indivíduo no seu todo, o *Iceberg*, tarefa complexa e nem sempre fácil, pois o carácter pessoal de cada um de nós, nem sempre é de fácil compreensão e acesso. Tal como já referido, na zona menos visível e profunda, estão os *inputs* que se relacionam com a personalidade da pessoa, com o interior e com correspondência àquilo que a pessoa dá de si mesma à tarefa/função, que impulsionam a pessoa, a comportar-se de determinada forma, nas situações, e a forma como aplicam os conhecimentos. Se por um lado, são difíceis de modificar e desenvolver, por outro constituem-se nas verdadeiras impulsionadoras do êxito e do sucesso individual (Ceitil, 2007; Sousa; 2006).

Já se incidirmos a nossa acção na parte visível do *Iceberg*, teremos competências onde é mais fácil intervir, pois estas, além de serem facilmente observáveis e mensuráveis, são facilmente modificáveis, apesar de insuficientes no garantir de sucesso à organização e ao indivíduo (Figura 6).

Figura 6 – Iceberg de Competências



Fonte: Ceitil, Mário (2007), Gestão e desenvolvimento de competências. Pág. 100.

Sintetizando, os conhecimentos e os comportamentos são mais fáceis de ensinar, já as atitudes e os valores são bem mais difíceis de modificar. Os indivíduos que possuem um maior número de competências de ambos os lados do *Iceberg* são aqueles que, provavelmente, possuem um melhor desempenho no contexto da sua profissão e da sua organização, pois qualquer que seja a profissão e respectiva função possibilitam bons resultados, facilmente reconhecido pelos clientes.

Da constante evolução, atribuída à definição de competência, distinguem-se tipos de conhecimentos e capacidades das diferentes competências, para que o titular de uma função possa desenvolver os comportamentos associados às competências e compor o perfil das exigências (Ceartil, 2007).

Resumindo:

- **Saber**: Integra o conjunto de conhecimentos que permitem ao titular da função realizar os comportamentos associados às competências;
- **Saber/fazer**: Capacidade de executar, de realizar acções, de utilizar instrumentos e aplicar métodos e procedimentos, que apresentam um carácter operacional, de aplicação prática ou de operacionalização dos conhecimentos teóricos;
- **Saber/estar**: Relativo a atitudes e qualidades pessoais e à disposição de agir e interagir com os outros. A capacidade de cooperar com os outros, com comportamentos de acordo com as normas e regras da organização em geral, do seu grupo;
- **Querer/fazer**: Deverá querer fazer e desenvolver os comportamentos que compõem as competências. Está relacionado com a motivação;
- **Poder/fazer**: Significa dispor na organização de todos os meios e recursos necessários ao desempenho dos comportamentos associados às competências (Ceartil, 2007; Sousa, 2006; Gonçalves, 2008).

Deste modo, é fundamental nas diferentes profissões, para cada uma das suas actividades/funções, definir o perfil de competências caracterizadoras e essenciais ao sucesso e máxima eficácia. Para que, as políticas organizacionais rentabilizem ao máximo os seus colaboradores, é de se apostar, em programas de aperfeiçoamento que realcem as competências essenciais para o futuro da organização, parágrafo que nos remete uma vez mais para a importância a ser dada à formação.

A questão prende-se, com a identificação das competências que são essenciais para o sucesso imperando a questão: Que tipo de competências são passíveis de identificação, tendo em conta que a adequada selecção serve de base a uma gestão de sucesso? Como se adquire uma competência?

Ao longo do desenvolvimento, e do processo de aprendizagem, que caracteriza o nosso crescimento enquanto indivíduos, novas valências são adquiridas, aprimorando-se na prática, com a possibilidade de reconhecimento e valorização por parte de terceiros. Como tal, pressupõem-se a existência de um contínuo processo de aperfeiçoamento pessoal e

profissional, tentando obter o máximo desempenho, quando contextualizado e inserido numa dinâmica organizacional, qualquer que seja a área de actuação.

Num contexto cada vez mais relacional, é normal um aligeiramento dos poderes cognitivos em detrimento dos poderes interpessoais e influenciadores, mantendo-se os poderes transversais, assentes em competências conceptuais, as *skills* (Carvalho, 2007).

Deste modo a actualização de um conjunto de competências no exercício de uma actividade, papel ou missão, permitirá o alcance de níveis de *desempenho* profissional de excelência (Ceitil, 2007).

2.5 Competências de Negociação em Saúde

“A Negociação não pretende substituir os cuidados de saúde centrados no utente, mas os cuidados de saúde devem ser suficientemente centrados no utente para que a negociação possa ocorrer” (Charles, 1994).

É sabido, que quanto mais as pessoas interagem, mais oportunidades existem para que se estabeleça um conflito, seja por diferenças pessoais, por falta de informação, incompatibilidade de papéis e/ou stress vindo do meio ambiente. Nos locais de trabalho existem conflitos, mas pouco assumidos, dificultando a sua solução ou extinção (Charles, 1994; McIntyre, 2007).

Certo é, que os conflitos podem e, se bem aproveitados, servir de motor ao desenvolvimento social, e ter efeitos positivos, no estabelecimento de relações integradoras e soluções assentes na cooperação, em benefício das partes. Vários autores referem que o conflito está associado a uma maior inovação e relações interpessoais mais eficazes, tornando a gestão dos conflitos um ponto crítico à efectividade das organizações (Carvalho, 2007; McIntyre, 2006, 2007; Saltman *et al.*, 2006; Thompson, 2008; Trindade e Teixeira, 2004).

Estes estarão sempre presentes, nomeadamente naqueles contextos ligados aos cuidados de saúde, exaltando a importância que a negociação assume dentro de um leque de estratégias a conhecer para uma gestão efectiva (Buetow, 1998; Saltman *et al.*, 2006). A modernização da saúde tem sido alvo de muitos debates e estudos, que são consensuais na mudança da prática clínica, que deve passar de um modelo de tratamento, para um modelo de prevenção, bem como a descentralização dos cuidados do meio hospitalar para a comunidade, onde existe uma grande variedade de ambientes e estilos de vida. Estas mudanças, assentam em quatro regras: base em evidência científica; centradas no paciente, nos cuidadores e na comunidade;

cuidados contínuos nos diversos *settings* de abordagem e regência por princípios éticos e regulamentares (Petrova *et al.*, 2006; Safarty, 2007; Whitelaw, 2001; Ziglio *et al.*, 2001).

Mencionando Andrade (2007) este referiu que a “efectivação do direito fundamental à saúde passa pela humanização das práticas e dos serviços de saúde, tornando mais forte a interdependência entre bem-estar físico, psíquico e social, na tentativa de que o paciente seja avaliado, acompanhado e tratado de forma completa, não restringindo a actividade de saúde(...)ao diagnóstico, prescrição de medicamentos, tratamentos e realização dos mesmos. Ademais, a relação franca entre os profissionais e o paciente/família auxilia na percepção, de que cada indivíduo tem necessidades e potencialidades diversas, ajudando ainda, no entendimento de que médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares têm limitações e, muitas vezes, não corresponderão às expectativas do doente” (p.76).

Até mesmo, as actividades corriqueiras, desenvolvidas numa unidade de saúde requerem atenção e zelo especiais, pois lida-se com seres humanos, já por vezes fragilizados. Além disso, por vezes, os familiares também anseiam por atendimento diferenciado, uma vez que não conseguem lidar, tranquilamente com a situação. “Para os profissionais de saúde, apresenta-se um desafio, pois a demanda é grande e diversificada e a tendência é que, não se consiga individualizar a conduta, e tratar cada paciente com a presteza adequada. O quotidiano da actividade não permite que os profissionais se abatam com as perdas diárias, mas ao mesmo tempo remeto-os para a busca da preservação da sensibilidade e da solidariedade para com os pacientes e seus familiares” (Andrade, 2007:80).

São vários, os estudos, que se dedicaram ao estudo da relação entre médico-utente, de modo a estudar a importância que a negociação pode assumir nos cuidados de saúde (Andrade, 2007; Buetow, 1998; Charles, 1994; Pereira *et al.*, 2001; Saltman *et al.*, 2006; Say e Thomson, 2003). Estes reforçaram que a negociação ajuda médicos e utentes a clarificar a ambiguidade de papéis, resolver diferendos de interesses e alcançar decisões partilhadas. Fizeram também referência, ao facto, de muitos conflitos ficarem sem solução, com um resultado pouco positivo para ambas as partes, reiterando a importância desta temática (Saltman, *et al.*, 2006).

Reportando estes pressupostos, ao primeiro ponto da pesquisa bibliográfica, recapitula-se a importância chave que os Centros de Saúde têm no SNS, e na modernização prevista pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Neste contexto, tem vindo a ser considerada a opinião do utente como domínio científico, permitindo a monitorização da qualidade dos serviços de saúde e avaliação da

eficácia das medidas correctivas a estabelecer. A satisfação do utente, não só constitui um indicador importante da qualidade dos serviços, como parece estar directamente relacionada com a adesão aos tratamentos. A natureza multidimensional da satisfação do utente, distingue entre o aspecto técnico do cuidar e o aspecto humano ou interpessoal do cuidar, *arte do cuidar* (Lobo, 2008; Pereira *et al.* 2001). Os utentes constroem representações cognitivas acerca dos profissionais de saúde, que os levam a agir. O facto de se perceberem este tipo de cognições, pode ajudar a delinear estratégias efectivas de qualidade na comunicação estabelecida, na forma como é trabalhada a confiança, a adesão terapêutica e a própria satisfação com os cuidados (Pereira *et al.*, 2001).

Alguns estudos, referem os aspectos dos cuidados de saúde que influenciam a avaliação do utente, que passam por informação em relação ao problema, tratamento e abordagem colaborativa, pois comunicar com um utente, não é o mesmo que dar-lhe informação, ou seja, esta avaliação dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos baseia-se, essencialmente, nas competências relacionais dos profissionais de saúde (Grilo e Pedro, 2005; Pereira *et al.*, 2001; Pestana, 2008; Ratzan, 2001; Ricou *et al.*, 2004; Teixeira, 2004).

Também na sua pesquisa, Teixeira (2004) fez referência ao facto dos processos de informação em saúde poderem influenciar os resultados da actividade dos técnicos, quer em ganhos para os utentes, quer para os próprios profissionais. Refere, analogamente, ser muito fácil existirem problemas de comunicação entre técnicos de saúde e utentes, quanto mais não seja, por existirem diferentes agendas, e o tempo, é um aspecto fundamental para se negociar com sucesso (Thompson *et al.*, 1988).

Em resumo, os processos de comunicação em saúde têm importância:

- **Transversal**: A várias áreas de contextos de saúde, quer nos serviços de saúde quer na comunidade;
- **Central**: Na relação que os técnicos de saúde estabelecem com os utentes, no quadro da prestação dos cuidados de saúde;
- **Estratégica**: Relacionada com a satisfação dos utentes” (Teixeira, 2004: 616).

Enquanto tema transversal, a comunicação em saúde, pode incluir mensagens com finalidades muito diferentes com relevância para diferentes contextos, designadamente:

- “Na relação entre os técnicos de saúde e os doentes dos serviços de saúde;
- Na disponibilização e uso da informação sobre saúde, quer nos serviços de saúde quer, nas famílias, escolas, locais de trabalho e comunidade;

- Na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de actividades de educação para a saúde e de programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis;
- Na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- No tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, na internet e outras tecnologias digitais;
- Na educação dos doentes com a finalidade de melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde;
- Na formação dos técnicos de saúde;
- Nas relações interprofissionais em saúde;
- Nas intervenções e afirmações públicas dos técnicos de saúde;
- Na comunicação interna nas organizações de saúde;
- Na qualidade do atendimento dos doentes por parte dos funcionários e serviços” (Pestana, 2008, citando Teixeira, 2004:26).

Deste modo, e por tudo o que já foi referido, recupera-se a importância da formação. Esta pode e deve, desempenhar uma forte ajuda nestas questões, sendo fulcral no lidar com o conflito (McIntyre, 2007).

Pereira *et al.* (2001) citam que “juntamente com a competência técnica e a acessibilidade aos serviços, há necessidade de formação dos profissionais de saúde na aplicação do modelo biopsicossocial e, em competências de comunicação que lhes permitam gerir os aspectos mais pessoais da relação profissional de saúde-utente” (p.79). Também Grilo e Pedro (2005), mencionam que o facto de os profissionais de saúde, se treinarem no sentido da aquisição de competências que lhes permitam lidar, de forma positiva, com as exigências emocionais dos utentes, pode minimizar situações de falha comunicacional. Estudos desenvolvidos junto da comunidade médica citam a importância da formação, como forma de mitigar a crescente preocupação dos conflitos em saúde, devendo ser incluída na formação dos futuros profissionais (Saltman *et al.*, 2006).

A formação de base e o desenvolvimento profissional constantes são tidos como o primeiro foco de mudança, para uma prática baseada no uso de mais e melhores estratégias negociais (Petrova *et al.*, 2006). Hoje, e mais do que nunca, formar um bom profissional,

requer a aquisição de competências diversificadas, que vão para além das competências técnicas (Pestana, 2008).

Uma das muitas formas possíveis e estudadas como útil para o desenvolvimento profissional, nesta área, é a presença e ajuda de um colega da área da psicologia, que pode desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde dos próprios técnicos. São igualmente reconhecidas, as suas competências na qualidade de formadores, em actividades destinadas a outros técnicos de saúde, no desenvolvimento de competências em áreas comportamentais da saúde, da doença e da prestação dos cuidados, baseadas em determinantes comportamentais da saúde e nos factores psicológicos, quer associados às doenças, quer à prestação dos cuidados de saúde tais como:

- Processos de comunicação, na relação entre técnicos de saúde e utentes;
- Melhoria de competências relacionadas com a transmissão de informação em saúde;
- Identificação de obstáculos à mudança de comportamentos;
- Gestão do stress ocupacional;
- Resolução de conflitos/negociação (Trindade e Teixeira, 2004 citados por Pestana, 2008).

Pestana (2008), faz igualmente referência a possíveis aspectos a melhorar, tendo como base os factores atrás mencionados, que passam por:

- “Desenvolvimento de competências de comunicação, tais como escuta activa, perguntas abertas e técnicas facilitadoras;
- Treino de assertividade em comunicação;
- Resolução de conflitos e mediação;
- Transmissão de informação sobre medidas preventivas e terapêuticas, enfatizando mais os comportamentos saudáveis/desejáveis do que os aspectos técnicos;
- Elaboração de manuais de boas práticas comunicacionais” (p.89).

No que se refere a esta questão, Grilo e Pedro (2005) relatam que, frequentemente, os profissionais não se apresentam convenientemente nem explicam qual a sua área de actuação, mostram-se desatentos e distantes face aos sentimentos e percepção da doença dos utentes, adoptam um estilo de comunicação autoritário com predomínio de perguntas fechadas. Também disponibilizam tempo insuficiente e informação escassa, ambígua, ou excessivamente técnica, proporcionam poucas oportunidades para o utente falar e colocar

questões, dirigem-lhes poucas perguntas direccionadas para a recolha de dados pessoais, familiares ou profissionais associados ao pedido de ajuda e clarificam pouco as informações imprecisas proferidas pelos utentes. Por outro lado, também se sabe, que o mundo dos cuidados de saúde, é regido por alguma incerteza, escassez e parcimónia de recursos, condições que fomentam o stress e propiciam o conflito (Charles, 1994; Pestana, 2004).

As estruturas de saúde, os hospitais e, conseqüentemente os Centros de Saúde, estão “sob crescente pressão de fornecer cuidados eficientes a baixo custo, enquanto devem, em simultâneo, promover culturas de qualidade. Em consequência, as equipas de saúde estão cada vez menos disponíveis para dedicar tempo (tempo é dinheiro) aos cuidados” (Pestana, 2008: 86).

A literatura refere que há problemas entre técnicos de saúde e pessoas em situação de doença relacionados com os processos de comunicação afectiva dos técnicos de saúde, por:

- “Distanciamento afectivo, relacionado com o evitar de temas difíceis da doença grave, ameaçadora ou terminal ou de resultados positivos de exames que se realizaram (as más notícias), qualquer informação que envolva uma mudança na perspectiva de futuro num sentido negativo, podendo levar facilmente, à banalização;

- Desinteresse pelas preocupações que a pessoa com doença tem relação ao seu futuro (Buckman, 1992; Miranda e Brody, 1992, referidos por Pestana, 2008: 27);

- Dificuldade em funcionar como fonte de apoio emocional e de transmissão de segurança” (Teixeira, 2004, citado por Pestana, 2008:27).

Já as preocupações das pessoas com doença passam por:

- “Dificuldades em obter informação (Wright e Dyck, 1984 citados por Pestana, 2008: 27);

- Dificuldades em compreender e recordar a informação que lhes é dada (Chesler e Barbarin, 1984; Krant e Johnston, 1978, citados por Pestana, 2008:27);

- Dificuldades em iniciar a comunicação com a equipa de saúde (Northouse e Northouse, 1992, 1987; Bond, 1982; Krant e Johnston, 1978, citados por Pestana, 2008: 28);

- Confusão de papéis: não saber a quem dirigir questões e preocupações sobre as condições do seu familiar;

- Acessibilidade à equipa de saúde” (Northouse e Northouse, 1992, referidos por Pestana, 2008:28).

3. Método

Este capítulo sintetiza a forma como a investigação foi planeada e organizada, o objectivo e o tipo de estudo, o instrumento utilizado e as estratégias empregues na sua aplicação, a amostra e sua caracterização e os procedimentos utilizados no tratamento e análise dos dados.

3.1 Organização e planeamento da Pesquisa

Antes, de se ter iniciado a redacção deste trabalho, a pesquisa esteve organizada para se direccionar à carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, da profissão de Terapêutica Ocupacional, por ser a categoria profissional a que pertence a autora. Porém, serão referidos aspectos que alteraram a direccionalidade do estudo, que passaram por:

- a) O acesso aos dados em estruturas de saúde (Hospitais, Centros de Saúde e outras) numa dispersão geográfica, de três distritos, para passarmos a ter estruturas de saúde (Centros de Saúde) numa dispersão geográfica, de cinco concelhos;
- b) Solicitação de maior número de autorizações e maior número de deslocações da investigadora, tendo em conta as dimensões geográficas das zonas referidas na alínea a);
- c) A análise dos dados tornar-se-ia muito complexa, quer pelo tamanho das amostras, quer pela caracterização de um maior número de zonas que nos remetem para contextos muito diferentes. Selecionou-se um contexto idêntico ou muito idêntico para todo o grupo, um contexto de actuação profissional de proximidade à comunidade (Saltman *et al.*, 2006);
- d) A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, por ser muito recente, torna muito interessante a recolha de dados associados a uma nova forma de organização e aos profissionais que aqui desenvolvem a sua actividade profissional;
- e) O não existirem em Portugal, muitos estudos direccionados à carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, ou associados à temática da negociação;

- f) Os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica pertencerem ao mesmo Agrupamento, mas estarem afectos a um Centro de Saúde para o concelho que lhe serve de referência, tornando-os um recurso único e singular⁵;
- g) Na continuidade do ponto anterior, indica-se o facto de não existirem recursos de todas as profissões em todos os Centros de Saúde do Agrupamento^{6,7};
- h) Actuação em representação de constituintes (superior hierárquico) com directrizes que podem ser mais ou menos claras, com maior ou menor influência negocial (Monteiro, 2007);
- i) Gestão do serviço, em articulação directa com o utente, aspecto que por um lado, pode conferir autonomia, mas por outro trazer alguns problemas, tendo em conta a proximidade ao utente. Pode também conduzir a algum isolamento profissional (Lopes, 2006; Safarty *et al.*, 2006);
- j) O grupo dos vinte e três técnicos de diagnóstico e terapêutica, por pertencerem à mesma carreira, possuem por um lado, um conjunto de competências técnicas e profissionais comuns, mas por outro lado uma série de especificidades e técnicas próprias inerentes a cada profissão;
- k) Os currículos académicos, as universidades de origem e o respectivo percurso formativo e profissional serem, muito provavelmente distintos;

Olhando os aspectos supracitados, parece antever-se uma grande necessidade de competências negociais para fazer face a inúmeros aspectos do contexto onde desenvolvem a sua actividade profissional, despertando a curiosidade e o sentimento de que se poderá tornar muito interessante escolher este grupo profissional para a realização do estudo. Pois, se por um lado, parece que o grupo detém uma grande variabilidade de competências pelos seus percursos académicos, profissionais e individuais, possibilitando a recolha de perspectivas e características individuais, por outro lado, o contexto e as condições em que este grupo profissional desenvolve a sua actividade são semelhantes, fazendo prever a necessidade de competências de carácter transversal, nomeadamente em gestão de conflitos e negociação.

⁵ Por ex^o: A Terapeuta Ocupacional do Centro de Saúde do Cartaxo é a única que está afecta ao concelho para um total de 25956 utentes inscritos.

⁶ Por ex^o: Existem 3 terapeutas ocupacionais para um Agrupamento de cinco Centros de Saúde e respectivos concelhos.

⁷ Os aspectos mencionados em f) e g) remetem-nos para a escassez de recursos, com que esta carreira profissional se pode confrontar. Existem três Centros de Saúde, em que há mais do que um técnico da mesma profissão. O Cartaxo e Rio Maior, têm dois técnicos de radiologia cada, e o Centro de Saúde de Santarém tem três técnicos de saúde ambiental.

3.2 Objectivo do Estudo

Em resumo do ponto anterior mencionamos que a pesquisa se dirigiu ao grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, com o objectivo de conhecer se, este grupo profissional, a desenvolver a sua actividade neste Agrupamento considera as competências em gestão de conflitos e negociação, um factor crítico à modernização dos Centros de Saúde, bem como para a sua actividade profissional de contacto com o utente.

Deste modo, espera compreender-se a importância que o grupo dá às competências em gestão de conflitos e negociação, num contexto tão específico como o de Centro de Saúde, enquadrado numa mudança estrutural e profunda de modernização, que afecta quem aqui desenvolve a sua actividade profissional, bem como a quem aqui passa diariamente.

3.3 Tipo de estudo

Numa investigação científica, são vários os caminhos que podem ser seguidos, mas que invariavelmente devem assegurar o recurso a metodologia científica, de forma a comprovar ou generalizar conhecimentos através de um processo adequado a um fim (Hill & Hill, 1998).

O presente estudo usou metodologia qualitativa, e recolheu os dados através de uma pesquisa de campo. De entre os oito motivos descritos na literatura para a escolha do método qualitativo, salienta-se o seu uso, quando as variáveis não são facilmente identificáveis por insuficiência de estudos e pesquisas sobre o tema em estudo, condição que consideramos ser coincidente com o que foi encontrado no enquadramento teórico (Creswel, 1998 citado por Falcão, 2006).

Para Hill e Hill (1998) os “três métodos vulgarmente utilizados na recolha dos dados, neste tipo de metodologia, são:

- Consulta a estatísticas ou a uma base de dados socioeconómicos já existentes;
- Entrevista;
- Questionário” (p.15).

Em concordância com a literatura escolheu-se de entre os métodos disponíveis, o método de entrevista para realizar a pesquisa. Esta opção deveu-se ao facto de o investigador ter de trabalhar com muitas variáveis, recolhidas por algumas entrevistas a poucos casos, e

posteriormente ter de extrair as informações vitais e resumí-las em poucas categorias a partir de um conjunto de dados (Falcão, 2006).

Também Quivy e Campenhoudt (1998) mencionaram que, se por um lado as leituras “ajudam a fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema de partida, por outro lado as entrevistas contribuem para descobrir os aspectos a ter em conta e alargam ou rectificam o campo de investigação das leituras” (p.69).

Sintetizando este método parece ser o mais adequado para esta pesquisa por permitir:

- “Análise do sentido que os actores dão às suas práticas, e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências, etc.;

- Análise de um problema específico: os dados do problema, os pontos de vista presentes, o que está em jogo, os sistemas de relações, o funcionamento de uma organização, etc.;

- A reconstituição de um processo de acção, de experiências ou de acontecimentos do passado” (Quivy e Campenhoudt, 1998:193).

A entrevista foi aplicada a um grupo de pessoas que, no seu contexto de actuação profissional, participam em negociações, o que possibilitou a recolha das suas percepções acerca de situações vividas. Deste modo foi possível a captação do significado construído por cada indivíduo, pois e tal como pesquisado, o conceito de negociação e do sucesso do mesmo, contém uma carga de subjectividade (Falcão, 2006; Martins, 2008).

Previamente à pesquisa, construiu-se um quadro teórico, com uma síntese de objectivos secundários e pressupostos teóricos, com suporte nos elementos mais relevantes encontrados no enquadramento teórico, que por sua vez permitiu a construção do guião e perguntas da entrevista, de modo a atingir o objectivo principal do estudo (Anexo 4).

As pesquisas de Falcão (2006) e Martins (2008) serviram de base, à finalização do guião da entrevista.

3.4 Instrumento de recolha dos dados

O uso do método de entrevista permitiu retirar “informações e elementos de reflexão muito ricos(...)ao mesmo tempo, que permitiu um contacto directo entre o investigador e os interlocutores” (Quivy e Campenhoudt, 1998:192).

O guião da entrevista que construímos, permitiu a realização de uma entrevista, semi-dirigida, com recurso a perguntas abertas/semi-estruturadas, visando uma análise centrada nos aspectos chave da pesquisa, ao mesmo tempo que possibilitou respostas amplas, variadas e a expressão dos entrevistados. O guião, permitiu igualmente, que a entrevista não se afastasse dos objectivos do quadro teórico de referência e da pesquisa (Quivy e Campenhoudt, 1998).

O guião da entrevista foi dividido em cinco partes, respectivamente:

- Parte 1-Explicação do estudo e pedido de autorização;
- Parte 2-Formação em gestão de conflitos e negociação;
- Parte 3-Gestão de conflitos;
- Parte 4-Competências em gestão de conflitos e negociação;
- Parte 5-Características situacionais da negociação (Anexo 3).

O guião da entrevista foi preparado para uma duração média de trinta minutos, e as entrevistas foram realizadas durante o mês de Outubro de 2009.

3.5 Estratégias utilizadas nas entrevistas

No início de cada entrevista, de modo a não induzir qualquer tipo de resposta ou atitude por parte do entrevistado, explicou-se sempre, de forma breve, o objectivo do estudo e da entrevista.

3.5.1 Registo da Informação

Para efeitos reais, utilizou-se um gravador para registo da entrevista, que previamente se confirmou se funcionava bem: fita, pilhas, captação do som. A conveniência de se gravar a entrevista, prende-se com a possibilidade de ficar na posse da informação a ser tratada, posteriormente (Quivy e Campenhoudt, 1998).

3.5.2 Local da Entrevista

O local foi escolhido, cuidadosamente, na medida em que é um aspecto essencial para a realização da entrevista. Escolheu-se um local calmo, sem muito ruído e com privacidade (a pessoa a entrevistar deve estar sozinha, por forma a não existirem interferências) (Quivy e Campenhoudt, 1998).

3.5.3 Atitude perante o entrevistado

O entrevistador, preparou-se para manter uma atitude de aceitação, em relação às opiniões expressas pelo entrevistado, abstendo-se de as julgar, de modo a recolher opiniões de pessoas diferentes e compreendê-las com base nos seguintes pressupostos:

- Não há opiniões certas ou erradas, só há opiniões;
- Os conhecimentos podem ser certos ou errados, mas uma entrevista não é um exame, pressupondo apenas o registo do que cada entrevistado diz, para posterior análise;
- Compreensão e simpatia pelos entrevistados (Fernandes, 2006; Quivy e Campenhoudt, 1998).

3.6 População e Amostra

Como ponto de partida, para este item, menciona-se que da população dos vinte e três Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, apenas farão parte do estudo dezanove profissionais, pois a autora faz parte do grupo, mas não fará parte do estudo e, outros três profissionais não estão ao serviço. Esta questão não levantou problemas à continuidade dos trabalhos, pois para validar este tipo de pesquisa é necessário um grupo mínimo de doze entrevistados (Quivy e Campenhoudt, 1998).

O grupo de dezanove profissionais foi contactado pela autora, após autorização para o estudo, marcando a entrevista no serviço do entrevistado. O grupo respondeu prontamente a estas solicitações, articulando as suas disponibilidades.

Recordando a literatura, percebe-se que a nossa amostra se situa entre as três categorias de pessoas que podem ser interlocutores válidos neste tipo de trabalho, pois são um grupo de “testemunhas privilegiadas(...) pessoas que pela sua posição, acção ou responsabilidade, têm um bom conhecimento acerca do tema” (Quivy e Campenhoudt, 1998:71).

3.6.1 Caracterização da amostra

De seguida, passamos a caracterizar a amostra, em função da área profissional de actuação e o Centro de Saúde de referência. Quer a autora, quer os colegas ausentes ao serviço foram identificados com a opção de não resposta (NR) (Tabela 3).

Tabela 3-Grupo de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo que responderam à entrevista

PROFISSÃO	Sub-Total	AZAMBUJA	CARTAXO	GOLEGÃ	RIO MAIOR	SANTARÉM
<i>Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública</i>	1/1	1	0	0	0	0
<i>Fisioterapeuta</i>	2/2	0	1	0	1	0
<i>Higienista Oral</i>	2/3	0	NR	0	1	1
<i>Técnico de Cardiopneumologia</i>	3/3	0	1	0	1	1
<i>Técnico de Radiologia</i>	4/4	0	2	0	2	0
<i>Técnico de Saúde Ambiental</i>	6/7	1	NR	1	1	3
<i>Terapeuta Ocupacional</i>	1/3	0	NR	0	NR	1
TOTAL	19 Técnicos Diagnóstico e Terapêutica					

É de realçar que a amostra ficou constituída por pelo menos um profissional do grupo, em cada um dos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I.

Em seguida faremos uma caracterização da amostra em função do género. Do total dezassete profissionais são do sexo feminino, e duas do sexo masculino (Tabela 4).

Tabela 4-Characterização do Grupo por Género

GÉNERO	TOTAIS
Feminino	17
Masculino	2
TOTAL	19

Seguidamente far-se-á uma caracterização do grupo, em função do grau académico de base, e em função da formação posterior à formação base.

Foi possível verificar que treze profissionais têm Licenciatura Biotápica e cinco têm Bacharelato (Tabela 5). O profissional incluído no parâmetro (outra formação) tem a escolaridade obrigatória, tendo-lhe sido proposto a realização de um curso de promoção, que

permitiu a aquisição das competências necessárias ao desempenho da sua profissão, na medida em que já trabalhava em contexto hospitalar (curso proposto pela entidade patronal) (Tabela 5).⁸

Tabela 5- Caracterização do grupo pelo grau académico base

FORMAÇÃO DE BASE	TOTAIS
Licenciatura Bietápica	13
Bacharelato	5
Outra Formação	1
TOTAL	19

Agora, e no que se refere à pós-graduada, é referida por onze profissionais do grupo. Seis detêm uma pós-graduação, quatro têm uma especialização e um profissional o grau de Mestre (Tabela 6).⁸

Por último, faz-se referência a um entrevistado que referiu ter feito a formação pedagógica inicial de formadores e a um profissional que iniciou o mestrado no presente ano lectivo (Tabela 6).

Tabela 6- Caracterização do grupo pela Formação posterior à formação de base

FORMAÇÃO PÓS GRADUADA	TOTAL
Pós Graduação	6
Especialização	4
Mestrado Completo	1
	11
OUTRA FORMAÇÃO	TOTAL
Formação Pedagógica Formadores	1
Mestrado Iniciado	1
	2

Nenhum profissional iniciou ou concluiu o doutoramento.

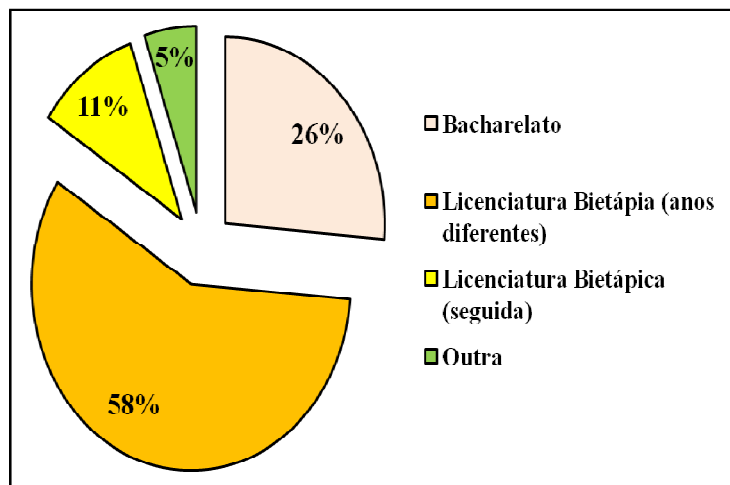
Finalizando a caracterização da amostra em função do grau académico, menciona-se que dos cinco profissionais que têm o grau de Bacharelato, três terminaram há mais de quinze anos, e dois há menos de quinze. Dos treze profissionais com Licenciatura Bietápica, onze mencionaram, que logo após terem terminado o Bacharelato, começaram a trabalhar, e só

⁸ Informação extraída da tabela anexa 7.5.1.

depois fizeram o quarto ano, em regime pós-laboral. Apenas dois profissionais do grupo referem ter feito, sem paragens, a Licenciatura Bietápica e só depois deram início à actividade profissional. Nenhum dos elementos do grupo fez Licenciatura com adequação aos conteúdos de Bolonha.

Seguidamente recorremos à representação gráfica, que sintetiza a distribuição percentual do grupo face ao grau académico, com distinção entre quem fez a Licenciatura Bietápica seguida ou em anos diferentes (Figura 7).⁸

Figura 7- Caracterização do grupo em função do grau académico base



Na medida em que a maioria dos profissionais tem a Licenciatura Bietápica faseada, vejamos o que foi dito pelo entrevistado nº 18 a respeito de ter voltado a estudar:

“Além das competências adquiridas, foi muito bom voltar à escola, para fazer a licenciatura, estar com pessoas com experiências diferentes, ajudou a alargar horizontes, saber de coisas que nem conhecia...pois as mais-valias na carreira não existem”.

Por último, sintetizamos os anos de serviço dos elementos do grupo:

- Três pessoas têm o curso de base há menos de 5 anos;
- Quatro pessoas têm o curso de base entre > 5 e ≤ 10 anos;
- Oito pessoas têm o curso de base entre ≥ 11 e ≤ 15 anos;
- Duas pessoas têm o curso entre > 16 e ≤ 30 anos;
- Duas pessoas têm o curso há mais de 30 anos.

Deste modo, é possível desde já referir, a variabilidade de competências que este grupo profissional detém. Os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica a exercerem a sua actividade profissional, no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, são efectivamente profissionais com diferentes competências/currículos e têm uma formação de base, muito assente em competências técnicas.

3.7 Procedimentos de Tratamento e Análise dos dados

De forma a tratar os dados, todas as entrevistas foram ouvidas e transcritas para suporte de papel, possibilitando a validação das perguntas das dezanove entrevistas.

Para se fazer a análise dos dados, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, uma análise textual, utilizada em questões abertas de questionários e (sempre) no caso de entrevistas (Quivy e Campenhoudt, 1998). Esta análise permitiu “a leitura dos dados da entrevista, com o objectivo de descobrir padrões, através da:

- a) Comparação das várias declarações dos entrevistados acerca de cada assunto;
- b) Exame de como cada pessoa pensa sobre os vários assuntos de que fala;
- c) Ligação das declarações de cada pessoa às suas características individuais;
- d) Achando padrões de conjunto compreensíveis” (Quivy e Campenhoudt, 1998:192).

Posteriormente, foram elaboradas várias grelhas com recurso ao Word e ao Excel, que facilitaram o tratamento e a análise dos dados.

O quadro teórico e o guião da entrevista orientaram o tratamento dos dados, a análise de conteúdo realizada e as devidas conclusões finais.

4. Resultados

Neste capítulo, proceder-se-á à análise dos dados pela ordem do guião da entrevista e do quadro teórico de referência (Anexos 3 e 4).

A parte I é referente à apresentação do estudo e à autorização para a gravação, a que todos os entrevistados deram concordância.

A análise dos resultados das partes II, III, IV e V constituem os próximos pontos.

4.1.1 Análise Parte II

A parte II refere-se ao tratamento das respostas sobre formação em gestão de conflitos e negociação, cujos objectivos foram:

- ✓ **Perceber** se o grupo em estudo teve na sua formação base (bacharelato/licenciatura) ou posterior, formação sobre gestão de conflitos e negociação;
- ✓ **Perceber** a importância que o grupo do estudo dá à formação em gestão conflitos e negociação, para a sua prática profissional;
- ✓ **Compreender** o papel da formação em gestão de conflitos e negociação (caso tenham) para o exercício profissional, bem como para a interação técnico-utente (Anexo 4).

A informação referente à formação específica em gestão de conflitos e negociação, nas diferentes etapas do ensino foi sintetizada em quadro (Quadro 1).⁹

Quadro 1-Unidades Registo referentes à Formação Específica em Gestão Conflitos e Negociação

CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na relação com utente na Formação Base	1
Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na relação com utente na Formação Pós Graduada	0
Outros Cursos com alguma Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na relação com utente	0
Cursos apenas com Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na relação com utente	0
TOTAL	1

⁹ Informação extraída da tabela 7.5.2 anexa

Observando-o, percebe-se que apenas um profissional, realizou um trabalho de grupo, e respectiva apresentação à turma acerca do tema em estudo. Este tem a Licenciatura seguida há sensivelmente quatro anos.

O restante grupo, não obteve este tipo de competências nem na formação de base, nem na formação pós-graduada, ou noutras que tenham realizado.

Um profissional referiu, que este tema foi ligeiramente abordado, no curso de base, mas relativamente à relação entre os técnicos e os outros grupos profissionais.

Os entrevistados consideraram nas formações de base, pós-graduada e outras, disciplinas teóricas que na sua opinião são adjuvantes à gestão dos conflitos e negociação.

Na formação de base, as disciplinas que tiveram maior número de referências foram:

- Bioética;
- Psicossociologia Organizações;
- Psicossociologia da Saúde;
- Psicologia geral;
- Psicologia aplicada (Quadro 2).¹⁰

No que se refere à formação Pós-Graduada, nenhuma foi só, acerca do tema da gestão de conflitos e negociação, mas seis pessoas referiram ter tido algumas disciplinas que abordaram este tema.

A disciplina que maior associação teve a esta temática foi a comunicação e a forma de atendimento ao público.

Outro entrevistado, referiu ter feito o curso inicial de formação de formadores (certificado de aptidão profissional), onde foi feita uma breve abordagem ao tema das relações interpessoais (Quadro 2).¹⁰

As formações de base, pós-graduada e outras a que se fez referência, foram pagas e feitas por iniciativa dos profissionais.

¹⁰ Informação extraída da tabela 7.5.3 anexa

Quadro 2-Formação considerada Adjuvante à Gestão de Conflitos e Negociação nos diferentes ciclos de ensino

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
<i>Formação Base</i>	Bioética	4
	Psicossociologia Organizações	2
	Psicossociologia da Saúde	2
	Psicologia Geral	2
	Psicologia Aplicada	2
	Psicopedagogia	1
	Preparação do ambiente; linguagem para fazer o atendimento da consulta	1
	Pedagogia	1
	Total Formação Base	15
<i>Formação Pós Graduada</i>	Comunicação e Forma de Atendimento	2
	Comunicação	1
	Gestão da Saúde	1
	Políticas de Administração	1
	Relações Interpessoais	1
	Total Formação Pós Graduada	6
<i>Outras</i>	Relações Interpessoais	1
	Total Outras Formações	1
	TOTAL	22

Ainda neste ponto, referem-se quatro entrevistados, que mencionaram os estágios integrados no 3º ano do curso, como a melhor preparação para o mundo do trabalho, apesar de que, veja-se o que é dito pelo entrevistado nº 16:

“Depois do terceiro anos somos, entre aspas, lançados às feras e mesmo aquilo que se aprende nos estágios...é tudo muito diferente quando somos nós, na realidade”.

Todos os entrevistados são unânimes em responder que a entidade patronal actual ou outras por onde passaram, não lhes proporcionaram formação em gestão de conflitos e negociação, apesar de três pessoas terem mencionado, que já o sugeriram nas propostas anuais de formação preenchidas. Um elemento referiu ter tido conhecimento de um curso sobre este tema, mas para administrativos.

Foi possível aferir que o grupo concede muita importância ao tema da formação, e às melhorias que daí advenham para a sua actividade profissional no contexto de Centro de Saúde, elegendo-a como basilar à sua actividade profissional, bem como para a organização.

Olhando os objectivos desta parte de perguntas, só não foi possível avaliar e conhecer em que medida a formação em gestão de conflitos e negociação, é para o grupo uma mais-valia no exercício profissional de interacção com o utente, pois nenhum profissional a detém.

Considera-se que os objectivos para este grupo de perguntas foram atingidos.

4.1.2 Análise Parte III

Este grupo de perguntas refere-se à análise de aspectos sobre gestão de conflitos, com base no guião de entrevista e quadro teórico (Anexos 3 e 4). Os objectivos foram:

- ✓ **Conhecer** se o grupo dá importância/prepara procedimentos anteriores ao atendimento ao utente no Centro de Saúde de modo a evitar conflitos;
- ✓ **Identificar** as principais razões que o grupo menciona para o surgimento de conflitos com utentes no contexto do seu Centro de Saúde;
- ✓ **Perceber** de que forma o feedback/aprendizagem com situações de conflitos, levam a que o grupo altere a sua forma de interacção/relação com o utente;
- ✓ **Identificar** qual/quais as estratégias que o grupo elege para solucionar o conflito quando surge, no contexto do Centro de Saúde (Anexo 4).

Do grupo, 52,6% prepara, tem procedimentos preparatórios, que de algum modo, acautelam possíveis situações de conflito.

Os restantes 47,4% referiram, não preparar o atendimento de forma a acautelar situações de conflito. Apesar dos dados apresentados, todos os entrevistados, acabaram por referir, no decorrer da entrevista, pelo menos um procedimento relativo a preparação de possíveis situações de conflito (Quadro 3).

Quadro 3-Preparação do atendimento ao utente de modo a evitar conflitos

PERGUNTA 4	UNIDADES REGISTO	
<i>De alguma forma pensa/prepara o atendimento ao utente de modo a evitar conflitos? Explique?</i>	Não	Sim
TOTAL	47,4%	52,6%
	9	10

Relativamente a este assunto, vejamos o que foi dito pelo entrevistado nº 7:

“Preparo, vejo a idade da pessoa, vejo de onde vem, se da cidade, se das zonas rurais à volta, se já cá veio alguma vez...desta forma evito que algo corra menos bem”.

Também o entrevistado nº 18 se referiu de forma interessante a este aspecto, dizendo:

“Adequo os termos da comunicação ao utente que tenho à frente...também alerta as pessoas para o tempo de espera, para a resolução de uma determinada situação”.

De entre as respostas a esta questão sintetizaram-se cinco categorias diferentes indicativas das respostas acerca da preparação (mais ou menos pensada), de modo a acautelar os conflitos na relação com o utente (Quadro 4).¹¹

Da análise às categorias, foi possível reconhecer, a grande importância dada às categorias *Comunicação* e *Horários*, como preparatórias de possíveis situações de conflito.

Quadro 4-Categorias Síntese da preparação/prevenção de situações de conflito

CATEGORIA	%
<i>Comunicação</i>	32
<i>Horários</i>	27
<i>Local de Trabalho</i>	17
<i>Informação Escrita</i>	13
<i>Legislação</i>	11
TOTAL	100

É possível quantificar que 60% dos entrevistados aludem que a forma como comunicam com o utente ou como vêm comunicar alguns profissionais, tem toda a influência nos resultados, em matérias de gestão de conflitos e negociação.

Importa agora perceber quais as unidades de registo que contribuíram, para que houvesse um maior número de respostas nas categorias *Comunicação* e *Horários*.

Relativamente à *Comunicação*, é dada muita importância à explicação do não em função das decisões do profissional, ao tom de voz, e à explicação de interesses e decisões que são do interesse de ambos (Quadro 5).¹⁰

¹¹ Informações extraídas da tabela 7.5.4 anexa

Quadro 5-Subcategorias da Categoria Comunicação

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
Comunicação	Explicar o porquê do não	9
	Tom de voz	9
	Explicar decisões e interesses	6
	Atenção	5
	Expressão facial	3
	TOTAL	32

Veja-se o que é dito a este respeito, pelo entrevistado nº 8:

“Por exemplo quando as pessoas chegam e são atendidas sem marcação porque há tempo, explico o porquê de ser rápido, pois tento gerir as coisas como se a agenda estivesse cheia, que é para me ajudar a criar alguma regra no serviço....mas todas as situações são muito bem explicadas às pessoas”.

Também é interessante analisar o que foi dito pelo entrevistado nº 10, que referiu: *“Não gosto de dizer não, só por dizer não, gosto de explicar o porquê do não”.*

Também o entrevistado nº 11, se referiu a este assunto:

“Vejo profissionais que quanto mais o utente levanta a voz, mais as pessoas levantam a voz. Quando o utente levanta a voz, nós deveríamos falar mais baixo, que é para o utente saber que também tem de baixar a voz...porque se não, não se chega a lado nenhum...”

No seguimento deste aspecto, também o entrevistado nº1 mencionou que: *“A formação, a forma de falar é fundamental para todos aqueles que estão no atendimento ao público, sem exceção”.*

Agora, no que se refere à categoria *Horários* é visível que o maior número de unidades de registo, se prendem com a articulação de disponibilidades, cumprimento e motivos para os incumprimentos de horários, e respectivas explicações.

Estes aspectos denotam grande preocupação com os horários e respectiva gestão, ou seja a gestão do tempo (Quadro 6).¹⁰

Quadro 6-Subcategorias da Categoria Horários

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
<i>Horários</i>	Articulação com disponibilidades de ambos	6
	Cumpridos de parte a parte	6
	Explicar tempos de espera	5
	Explicar tempos de atraso	5
	Tempo adequado às tarefas/actividades	3
	Tempo de tolerância curto de parte a parte	2
	TOTAL	27

Nas restantes categorias acerca da preparação, as subcategorias que tiveram maior número de unidades de registo, estão relacionadas com a manutenção do local de trabalho limpo e organizado, a afixação de informação escrita, a pesquisa e a leitura da legislação.¹⁰

Outro objectivo deste grupo de perguntas passou pela síntese de possíveis razões pelas quais surgem efectivamente conflitos entre os profissionais do grupo e o utente, nos Centros de Saúde do Agrupamento. As principais razões foram agrupadas em sete categorias, nomeadamente: *Contexto de proximidade* 70%, a *Interdependência de funções* 42%, a *Interdependência de recursos* 36%, o *Ambiente de mudança* 35% e a *Comunicação verbal* 11,7%, a *Indefinição das regras do jogo* 8,5%, e a *Comunicação não verbal* 6% (Quadro 7).¹² Novamente se percebe a importância dada à comunicação, quer à verbal 11,7%, quer à não verbal 6%. Apesar do cuidado que os técnicos detêm na preparação da comunicação, esta surge enquanto categoria associada ao despoletar do conflito.

Quadro 7-Razões para o surgimento do conflito entre TDT-utente

CATEGORIA	%
<i>Contexto de Proximidade</i>	28,2
<i>Interdependência de Funções</i>	16,9
<i>Interdependência de Recursos</i>	14,5
<i>Mudança</i>	14,1
<i>Comunicação Verbal</i>	11,7
<i>Indefinição das Regras do Jogo</i>	8,5
<i>Comunicação Não Verbal</i>	6
TOTAL	100

¹² Informações extraídas da tabela 7.5.5 anexa

Para possibilitar uma análise mais aprofundada deste tema, apresentar-se-á informação, acerca das categorias, que obtiveram maior número de respostas, o *Contexto de proximidade* e a *Interdependência de funções*, de modo a perceber que sub-categorias obtiveram maior número de unidades de registo. No que se refere, ao *Contexto de proximidade*, as subcategorias que tiveram maior número de unidades de registo foram respectivamente o facto de o utente não ler as informações afixadas, não querer esperar a sua vez, querer alterar a organização do trabalho, e o próprio contacto face a face entre o profissional e o utente. Este último, o face a face é uma subcategoria que tem toda a influência na comunicação e em qualquer negociação. Relativamente à *Interdependência de funções*, os problemas surgem, pelas informações que são dadas, os sistemas de marcações, de atendimentos e exames e a cobrança de taxas moderadoras (Quadro 8).¹²

Quadro 8-Subcategorias das Categorias Contexto de Proximidade e Interdependência de Funções

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
<i>Contexto de Proximidade</i>	Utente não ler as informações afixadas	10
	Face a Face	9
	Utente tentar alterar Organização Trabalho	9
	Utente não querer esperar	9
	Atitudes face género e idade	8
	Abordagem em qualquer lado	7
	Utente não aguardar a vez	7
	Demasiada confiança por parte do utente	6
	Utente não bate porta gabinete e entra	5
	TOTAL	70
<i>Interdependência de Funções</i>	Informações dadas	12
	Marcações	9
	Cobrança de taxas	8
	Atendimento Marcações+ Situações Urgentes	8
	Trabalho em vários locais com colegas diferentes, interferindo nas dinâmicas	5
	TOTAL	42

Relativamente a este assunto, vejamos o que foi dito por alguns dos entrevistados, por exemplo o nº 11:

“Por exemplo, as taxas moderadoras, mesmo que a pessoa não pague, eu faço o tratamento na mesma....a pessoa às vezes leva mais tempo a pagar a taxa moderadora, do que a fazer o tratamento”, já o entrevistado nº 7 referiu “não tenho um administrativo que

sirva um bocadinho de barreira, as pessoas facilmente acedem ao gabinete, batem à porta...e entram...simplesmente”.

Salienta-se também, o facto de quatro dos entrevistados já terem trabalhado em contexto hospitalar e terem direccionado o curso da entrevista a este tema, referindo que o Centro de Saúde é sem dúvida um contexto muito específico e peculiar. Passando a citar, o que disse a pessoa nº 7:

“Num hospital o trabalho é mais automático, não há tanto contacto, o Centro de Saúde pressupõe uma maior proximidade, uma relação totalmente diferente”

Também a pessoa nº 6 referiu: *“No hospital o ambiente é mais seleccionado, é tudo muito diferente, só chega até nós quem efectivamente precisa, há um maior respeito pelos tempos de espera, o atendimento”.*

Noutra perspectiva os entrevistados nº 9 e nº 12, referem não ter gostado do contexto de hospital, pois no Centro de Saúde é possível:

“Falar um pouco mais com o utente, dar uma palavrinha, quer queiramos quer não as coisas são feitas com maior tranquilidade e também há maior contacto com os colegas, as equipas”.

Passando agora, a analisar a situação, efectiva de conflito, verificou-se que 95% dos entrevistados já presenciaram uma situação de conflito no Centro de Saúde, na qual não estavam directamente implicados.

Veja-se o exemplo citado pelo entrevistado nº 18, acerca deste assunto:

“Conflito não, uma situação marcante...em que a pessoa não aceitou as sugestões dadas, o que lhe foi sugerido. Há situações muito chatas....e eu até parto do princípio que só não ajudo se não puder...eu penso muitas vezes se as minhas opções enquanto profissional não irão prejudicar a pessoa. O conflito, sucede normalmente quando não fazemos aquilo que o queixoso quer que nós façamos...há que dar a volta à situação...giro bem isto...”

Continuando a análise dos dados, no que se refere às situações de conflito vividas pelo grupo, apurámos que, 21% dos entrevistados referiram nunca ter vivido uma situação de

conflito. Mencionam nunca ter tido conflitos, essencialmente pela sua postura, forma de estar, comunicar, ou seja pelas suas características pessoais (Quadro 9).

Quadro 9-Conflitos vivenciados pelo grupo

PERGUNTA 6	UNIDADES REGISTO			
<i>No decorrer da sua actividade profissional no CS já vivenciou conflitos?</i>	Não 4	21%	Sim 15	79%
<i>Porque acha que nunca surgiu uma situação de conflito?</i>	UNIDADES REGISTO			
Pela minha forma de ser e estar	2			
Pela postura preventiva que adopto	1			
Pela minha forma de comunicar	1			
Presenciaram Conflitos no Centro de Saúde	95%			

O entrevistado nº 3 referiu-se a este tema, dizendo:

“Um exemplo muito simples, a minha agenda...tento tanto quanto possível gerir os meus horários...articulando a minha disponibilidade com as horas que também dão interesse aos utentes...logo aí há uma negociação, na medida em que tentamos chegar a um acordo nesta questão dos horários e, assim é com tudo o resto...por exº eu alterei o meu horário, passei a entrar mais cedo, em função das necessidades que me chegaram aqui...porque se assim não fosse estas pessoas não teriam apoios em mais nenhum horário”.

Citando também o entrevistado nº 11, refira-se:

“Poucas foram as vezes que tive conflitos ou reclamações no livro amarelo. Acho que nos Centros de Saúde há muitos conflitos...nem sempre o utente tem razão...mas também acontece por vezes que (independentemente de mencionar classes profissionais), as pessoas não sabem falar com o utente”.

Os outros profissionais do grupo, 79%, referiram já ter tido um “conflito”, uma situação mais crítica, mais difícil, em que estiveram directamente envolvidos (Quadro 9).

Foi também mencionado pelos entrevistados nº5 e nº 11 estarmos a passar, uma fase em que as situações da vida das pessoas, têm implicações na forma como elas se relacionam. Igualmente referido, foi o facto de as pessoas estarem muito mais informadas, e saberem o pretendem. Relembramos relativamente a este assunto que a *Mudança* é uma das razões apuradas, que pode propiciar o conflito (Quadro 7).

Sobre este assunto, mencionamos o entrevistado nº 11, que relatou:

“As pessoas estão a passar uma fase de algum consumismo, muito mais informação, mas também muita procura, que dantes não se verificava...Dantes ninguém ia ao médico e pedia tratamentos...hoje isso acontece”.

O entrevistado nº5 também se referiu a esta questão da seguinte forma:

“A sociedade está a mudar, as pessoas estão mais exigentes, zangadas com tudo, e isso pode também levar a conflitos, também é certo que estão muito mais informadas, e querem saber os porquês, mas as pessoas já estão tão revoltadas com tudo, que realmente não vale a pena chatearmo-nos, levar com calma, quando chegam a nós muitas vezes é o fim da linha”.

Observando as situações de conflito descritas pelos 79% do grupo, analisou-se que a maior parte dos conflitos surgem no contexto de Centro de Saúde, e a maior parte destes acaba por surgir sem uma causa ou razão aparente 14,7%. Surgem também por o utente já vir irritado, 14,7%, o que não ajuda nenhum processo negocial (Quadro 10).¹³

Quadro 10-Situações de "conflito" confirmada e vivida pelos profissionais

CATEGORIA	UNIDADES REGISTO	%
Situação vivida no Centro de Saúde	8	14,7
Sem razão aparente	8	14,7
Por o utente já vir muito irritado	8	14,7
Parecer técnico emitido no âmbito da profissão	6	11
Situação vivida no Domicílio do utente	5	9,2
Por não compreensão das regras do exame	4	7,4
Situação vivida ao telefone e só depois presencialmente	2	3,7
Disse uma opinião que não foi bem entendida	2	3,7
Não vivenciou conflitos	11,4	21
TOTAL	54,4	100

Esta análise levanta também a questão, de ser uma preocupação do grupo, algumas situações surgirem sem razão aparente, culminarem em conflito ou ficarem sem solução. O entrevistado nº10 referiu:

“Fica a ecoar na cabeça de uma pessoa, pois há coisas que não se percebe bem porque acontecem...será a expressão, será o tom de voz?”

¹³ Informação extraída da tabela 7.5.6 anexa

Este grupo de perguntas também permitiu realizar uma síntese das modalidades de gestão de conflitos, utilizadas pelo grupo.

A preferencial, passa pelo uso da colaboração (Quadro 11).¹⁴

As modalidades de comportamento utilizadas pelo grupo na gestão de um “conflito”, ou de uma situação mais crítica, são por ordem decrescente de frequência: a *Colaboração* 32,7%, a *Inacção* 27,3%, a *Cedência* 21,8%, a *Disputa/dominação* 10,9% e o *Compromisso* 7,3% (Quadro 11).¹⁴

Quadro 11-Modalidades de gestão dos conflitos utilizadas pelo grupo

GESTÃO DE CONFLITOS	%
<i>Colaboração</i>	32,7
<i>Inacção</i>	27,3
<i>Cedência</i>	21,8
<i>Disputa/Dominação</i>	10,9
<i>Compromisso</i>	7,3
TOTAL	100

Passando a analisar as categorias que obtiveram o maior número de respostas por parte do grupo, percebe-se que a estratégia da *Colaboração* tem maior número de unidades de registo em subcategorias como: grande tónica no resultado, no processo de conjunto e na maximização dos resultados das partes, ou seja o resultado que pode ser obtido em conjunto (Quadro 12).¹⁴

Relativamente à categoria *Inacção*, a maior frequência de unidades de registo recai no evitamento do conflito e no manter de uma posição neutra, provavelmente na esperança de que fazendo nada, resolva o conflito (Quadro 12).¹⁴

Relativamente à estratégia de *Compromisso*, e apesar de a literatura não ser unânime na sua defesa, foi encontrada neste trabalho. As unidades de registo nesta categoria confirmaram a não existência de um acordo, mas o assumir de uma solução rápida do problema.¹⁴

¹⁴ Informações extraídas da tabela 7.5.7 anexa

Quadro 12-Subcategorias das Categorias Colaboração e Inacção

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
Colaboração	Tónica no resultado	6
	Tónica processo decisão	4
	Maximização dos resultados de ambas partes	4
	Integração diferentes posições	3
	Solução conjunta	1
	TOTAL	18
Inacção	Evitamento do conflito	6
	Posição neutra	5
	Percepção negativa do conflito	2
	Fraco interesse nos resultados de ambas as partes	2
	TOTAL	15

Por último, e no que se refere, à experiência pessoal e profissional, bem como ao *feedback* dessa experiência, 50% dos profissionais, referem ser fundamentais a uma melhor gestão de conflitos e negociação, pois orientam o agir ou o ser de determinada forma perante o utente.

Mas, se é verdade, que a experiência, é um aspecto facilitador à gestão de conflitos e negociação na relação com o utente, também o é, que existem muitas situações em que a experiência por si só, não é suficiente, pois as situações que surgem no dia-a-dia, são constantemente novas, pouco prováveis e requerem formas diferenciadas e ponderadas de actuação. Apesar disso, existe vontade, bem como algumas tentativas de alterar procedimentos e formas de estar, quando surgem os problemas, este não é um assunto fácil de se conseguir melhorar, por si só.

Verificámos que 73,7% do grupo refere tentar alterar as coisas quando uma situação corre menos bem, mas fomos alertados para o facto de ser muito difícil alterar uma situação que não se percebe muito bem porque aconteceu.

Considera-se que os objectivos para este grupo de perguntas foram conseguidos.

4.1.3 Análise Parte IV

A análise da parte IV é alusiva à análise das competências de gestão de conflitos e negociação, com base no respectivo quadro teórico e guião da entrevista (Anexos 3 e 4).

Os objectivos foram:

- ✓ **Conhecer** a concepção de negociação dos elementos do grupo;
- ✓ **Perceber** se o grupo perante mudanças que têm vindo a ser introduzidas pela MCSP, pensam modificar as suas competências pessoais/profissionais de modo a aperfeiçoar a interacção com o utente no Centro de Saúde;
- ✓ **Saber** se o grupo considera que as competências profissionais inerentes à sua profissão são suficientes para uma eficaz gestão de conflitos e negociação com o utente do Centro de Saúde;
- ✓ **Conhecer** se o grupo valoriza outro tipo de competências (que não as inerentes à profissão) na interacção com o utente no Centro de Saúde;
- ✓ **Perceber** se grupo concorda que as competências de comunicação em saúde podem ser fundamentais para a gestão de conflitos e negociação (Anexo 4).

Analisando a importância que o grupo dá à Negociação, na relação profissional com o utente, percebe-se que na perspectiva de doze entrevistados é muito importante 63,3%, de quatro é importante 21,05%, e na perspectiva de um entrevistado é muitíssimo importante 5,3%. Dois dos entrevistados referiram nunca ter pensado na importância deste tema, associado à sua prática profissional, mas quando alertados pela entrevista, analisaram que até poderia ter alguma importância à sua prática profissional, de interacção com o utente (Quadro 13).¹⁵

Quadro 13-Importância conferida pelo grupo ao tema da Negociação no contacto com o utente

	UNIDADES REGISTO	%
<i>Muitíssimo Importante</i>	1	5,3
<i>Muito Importante</i>	12	63,3
<i>Importante</i>	4	21,05
<i>Nunca Pensei nisso</i>	2	10,42
<i>Não é Importante</i>	0	0
TOTAL	19	100

Seguidamente, e após termos explicado a importância concedida ao tema da Negociação, passou a analisar-se o que cada profissional percepciona, o que cada uma entende por negociação.

¹⁵ Informação extraída da tabela 7.5.8 anexa

Em resposta à questão: “*O que é para si negociação?*” reconheceram-se elementos universais, da estrutura e do processo negocial, à semelhança aos encontrados no enquadramento teórico.

Contemplemos algumas definições de negociação, que nos pareceram muito interessantes, dadas pelos entrevistados (nº 4, nº18 e nº19):

“Faço negociação a toda a hora...a prevenção e a promoção da saúde têm muito a ver com isso... pedir se faz favor, fazer trocas, negociação com famílias, pedir ao utente para vir ter comigo, não há trocas monetárias, mas para mim estas interacções de trocas diárias são negociações”.

“Chegar a um ponto de equilíbrio, diálogo, acerca de um tema fundamental, de forma a atingir os objectivos de ambos. Se calhar até se pensar bem...há que atingir os objectivos de forma faseada, podendo chegar a um consenso, um equilíbrio, um benefício para as partes. Faz-nos falta um bocadinho de psicologia....apesar de já fazemos isso, de captarmos a pessoa, a sua ideologia, mas deveríamos ter mais bases para falar com elas”.

“Imensa importância a negociação...para a profissão, principalmente em contexto de Centro de Saúde, na articulação com os utentes, com diversas equipas, profissionais diferentes, organismos diferentes, é uma premissa base”.

Dos elementos estruturais da negociação, as subcategorias que obtiveram um maior número de unidades de registo foram: actores negociais 100%, poder negocial 84,21%, o objecto negocial 68,4% e as zonas de acordo e não acordo 36,85%. (Quadro 14).¹⁶

No processo negocial surgem subcategorias tais como o face a face, as divergências entre os negociadores, os interesses comuns e a capacidade de aceitação, cada uma com 15,8% (Quadro 14).¹⁶

Salienta-se o facto de ter sido uma vez mais, mencionado o facto de a negociação ser feita, face a face.

¹⁶ Informação extraída da tabela 7.5.9 anexa

Quadro 14-Elementos estruturais e processuais da Negociação identificados

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO	%
<i>Elementos universais de uma negociação</i>	Actores Negociais	19	100
	Poder Negocial	16	84,21
	Objecto Negocial	13	68,4
	Zonas de Acordo e não Acordo	7	36,85
	Nível de Aspiração	3	15,8
	Pressão do Tempo	3	15,8
	Apostas Negociais	3	15,8
	Contexto Negocial	2	10,5
	Estabelecimento batna	2	10,5
	TOTAL	68	
<i>Processo Negocial</i>	Face a face	3	15,8
	Divergências entre negociadores	3	15,8
	Interesses Comuns	3	15,8
	Capacidade Aceitação	3	15,8
	TOTAL	12	

Parece que, a concepção de negociação dos entrevistados engloba conceitos chave à estrutura e ao processo negocial, indicando que a concepção de negociação do grupo não é uma concepção simplista e reducionista.

Relativamente à orientação negocial, salienta-se que o estabelecimento e conhecimento de zonas de acordo e não acordo poderá indicar o uso de uma orientação integrativa, por parte dos profissionais. Se pensarmos, que a estratégia mencionada como sendo a preferencialmente na gestão de conflitos foi a colaboração, talvez nos pareça que os elementos do grupo preferam uma orientação integrativa a uma distributiva, quando negociam.

Em seguida, e de forma a finalizar a análise da parte IV, menciona-se que todos os profissionais do grupo referiram que as competências técnicas (inerentes ao exercício da sua profissão) são insuficientes na interacção com o utente, na perspectiva da gestão de conflitos e negociação, e reiteram a possibilidade, e a necessidade, de virem a obter formação neste tipo de competências. Todos referiram que os cursos de base preparam muito bem para o mercado do trabalho, em termos técnicos, mas não neste tipo de competências.

Do grupo, 75% referiram que seria bom e importante, existir alguma diligência por parte da entidade patronal, no sentido de proporcionar formação, no domínio da negociação,

que no fundo deveria ser transversal a todo o grupo, como forma de fazer frente às necessidades actuais, principalmente no contexto de Centro de Saúde (Quadro 15).

Mesmo, os profissionais que referem ter tido algumas disciplinas que possam ser consideradas adjuvantes à gestão de conflitos e negociação, na relação com o utente, e mesmo o profissional que mencionou ter feito um trabalho sobre esta temática, referem que a preparação é insuficiente. Do grupo, 60% mencionou, que são as competências pessoais, aquelas que actualmente e efectivamente auxiliam a melhores resultados na interacção com o utente.

Quadro 15-Importância que o grupo dá às Competências em Gestão de Conflitos e Negociação

PERGUNTA 11	UNIDADES REGISTO	
<i>As competências técnicas (inerentes ao exercício da sua profissão) são suficientes à interacção com o utente na sua actividade profissional?</i>	Não 19	Sim 0
PERGUNTA 12	UNIDADES REGISTO	
<i>Os TDT (além das competências inerentes á sua profissão) deviam ser detentores de outro tipo de competências (nomeadamente gestão de conflitos e negociação)?</i>	Não 0	Sim 19

Neste ponto, menciona-se o entrevistado nº 3 detentor da Licenciatura Bietápica, desde há sensivelmente cinco anos:

“A escola de base não nos prepara para esta questão da negociação e gestão de conflitos, talvez um pouquinho mais no 4ºano...mas não, não...não nos prepara e se falarmos, então, no contexto de Centro de Saúde, de todo”.

É igualmente interessante, de se analisar o que foi dito pelo entrevistado nº 19, com Bacharelato, há mais de 15 anos:

“No meu tempo de formação nem pensar, pois a realidade em Portugal era muito, muito diferente, era tudo muito técnico, tenho é tido muito interesse pessoal e tenho feito muita formação”.

Este ponto remete-nos novamente para o tema da formação. Sobre formação, veja-se o que foi mencionado pelo entrevistado nº 2:

“Desde que terminei o curso, apesar de ter sido há pouco tempo...tenho feito muita formação, faço uma média de dez formações no ano”.

Também, acerca da formação o entrevistado nº 4 mencionou que na sua opinião:

“As escolas e os cursos já começam a dar mais atenção, a ter um bocadinho mais esta preocupação, aliando a gestão em todos os sentidos, (não gestão de empresas), não como estamos mais habituados a ouvir, mas um bocadinho à parte do dia-a-dia...mas mesmo assim pouco”.

Apesar de, não fazer parte das questões do guião da entrevista, no decorrer da pergunta doze surgiram algumas ideias do porquê ser tão necessária a formação neste tipo de competências ou noutras de carácter mais transversal.

Das ideias apresentadas, salienta-se o maior número de unidades de registo, em razões que se devem a aspectos tais como: o utente de hoje estar mais informado, existir uma grande interacção com muitas pessoas diferentes, bem como o facto de o utente ter mais problemas e precisar de falar. Mais uma vez, mencionam-se aspectos que parecem ser críticos ao contexto de Centro de Saúde, tais como o facto de existir uma grande interacção com muitas pessoas diferentes e de origens diversas, que paradoxalmente parecem por um lado muito mais informadas, mas por outro surgem com muito mais problemas, e com maior necessidade de falar e de serem ajudadas (Quadro 16).

Quadro 16- Quadro Justificação à Pergunta Nº 12 do Quadro 15

JUSTIFICAÇÃO PERGUNTA Nº 12	UNIDADES REGISTO
Utentes mais informados	12
Interacção com muitas pessoas	10
Os utentes virem cheios de problemas	9
Os utentes precisam de falar	9
Interacção com muitas instituições	8
Fase de muitas mudanças	7
TOTAL	55

Neste grupo de questões, ainda foi possível o resumo de algumas ideias que surgiram nas entrevistas, que ao serem agrupadas, nos parecem conducentes a alguns erros negociais e relacionais do grupo.

No que se refere aos erros negociais, as subcategorias que assumem maior expressão são: os guiões negociais com cinco unidades de registo, o pensamento rígido com quatro unidades de registo e o excesso de confiança com quatro unidades de registo.

Já no que se refere, aos erros relacionais, as subcategorias com maior expressão, são o tomar o outro como garantido com quatro unidades de registo (Quadro 17).

Quadro 17- Erros Negociais e Erros Relacionais

CATEGORIA EXTRA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
<i>Erros Negociais</i>	Guiões Negociais	5
	Pensamento Rígido	4
	Excesso de Confiança	4
	Escalada Irracional	2
	Desvalorizar reactivamente a perspectiva do utente	2
<i>Erros Relacionais</i>	Tomar o outro como garantido	4
	Argumentar para Vencer	2
TOTAL		23

Considera-se que os objectivos para este grupo de perguntas foram conseguidos.

4.1.4 Análise Parte V

A parte V refere-se à avaliação das características situacionais da negociação, com base no guião da entrevista e o quadro teórico (Anexos 3 e 4). Os objectivos foram:

- ✓ **Perceber** se na perspectiva do grupo, a parcimónia de recursos da mesma tipologia (no CS referência) é uma condição que pode fomentar o stress, solidão, propiciando conflitos com o utente;
- ✓ **Analisar**, a visão do grupo, face à influência de estarem em representação de um grupo de constituintes (superiores hierárquicos), com estruturas bem definidas, na gestão de conflitos e negociação com o utente do CS;
- ✓ **Analisar** a visão do grupo face à influência prazos/factor tempo para a gestão de conflitos e negociação com o utente do CS;
- ✓ **Verificar** a visão do grupo quanto ao poder que sentem ou acham poder colocar na interacção/negociação com o utente (Anexo 4).

Ambos os profissionais de Radiologia do Cartaxo, e de Rio Maior, referiram que, actualmente, é muito bom ter um colega da mesma profissão a trabalhar directamente consigo, na medida, em que é muito fácil articular o tempo, o serviço, pela boa relação e pela entajuda que existe. O entrevistado nº 10 referiu-se a esta questão mencionando que “os tratamentos com que lidamos, são rápidos, o que facilita no dar vazão ao trabalho”.

Também os três profissionais de Saúde Ambiental, do Centro de Saúde de Santarém, referem que esta prática de trabalho em equipa é muito boa. Na entreatajuda, no esclarecimento de dúvidas, no facto de as situações mais complexas serem resolvidas em conjunto, e umas estarem mais especializadas numa área, e outras noutras.

O entrevistado nº 16, relativamente a este assunto referiu:

“É muito bom...estive fora noutro sítio a trabalhar...mas pedi para voltar pela forma de trabalhar em equipa....a ajuda do grupo...é muito bom”.

Também, de mencionar a boa prática do grupo profissional das Higienistas Orais. Estas profissionais apesar de serem elementos únicos nos Centros de Saúde de referência, têm uma prática de entreatajuda enquanto grupo profissional, mencionada pelo entrevistado nº14:

“É um grupo muito organizado, com os mesmos procedimentos, fazem-se reuniões e trabalhasse da mesma forma, o que não me faz sentir sozinha, basta mandar um e-mail e todas ou quase todas as colegas me respondem. Estou sozinha, mas não só. Estamos longe, sozinhas aqui, mas há este apoio”.

O quadro nº18 sintetiza as razões boas e más, no que se refere ao facto de se ter um colega de profissão no mesmo Centro de Saúde, mencionadas pelos sete profissionais que estão nesta situação.

Estes parecem ter e privilegiar nas suas respostas, subcategorias, tais como: autonomia com sete unidades de registo, quer dos superiores, quer dos colegas, a gestão do serviço ser mais facilitada com sete unidades de registo e o poder negocial que detêm com sete unidades de registo.

As possíveis razões mencionadas, para que seja mau ter um colega da mesma profissão afecto ao mesmo Centro de Saúde, prendem-se com a não articulação do trabalho e não haver sintonia nas atitudes, ou seja na forma de agir, de gerir o serviço. Actualmente estas razões negativas não se verificam (Quadro 18).¹⁷

¹⁷ Informação extraída da tabela 7.5.10 anexa

Quadro 18- Vantagens/Desvantagens de se ter um colega de profissão

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
<i>Bom</i>	Autonomia	7
	Gestão de serviço	7
	Poder negocial	7
	Discussão de dúvidas	5
	Entre ajuda	5
	Gestão de decisões serviço	3
	Trabalho em grupo	3
	Gestão de horários	2
	TOTAL	39
<i>Mau</i>	Se não houver sintonia nas atitudes	2
	Se não existir articulação do serviço	2
	TOTAL	4

Sobre este aspecto, veja-se o que foi mencionado pelo entrevistado nº 9:

“Um colega da mesma área é uma mais-valia neste momento, pois é uma situação boa, pois há o mesmo método, a mesma forma de estar, trabalhando-se na mesma linha, da mesma forma...Durante muitos anos não trabalhei assim, pois o colega que cá estava antes não me facilitava a vida, e o serviço não corria tão bem, cada um trabalhava à sua maneira. Nunca tive um mau relacionamento com o colega, mas talvez, porque eu achei, que não valia a pena chatear-me, apesar de muitas vezes me prejudicar, tentei sempre levar as coisas a bem, sem prejudicar o utente”.

Já o facto, de se ser elemento único, é um aspecto que preocupa os restantes doze entrevistados. É mencionado que por vezes, é um factor de stress, principalmente por não se conseguir dar resposta às pessoas, dentro do tempo razoável. Apesar de notória a preocupação destes profissionais, em não *descarregar* este *stress* no utente, não é um assunto de fácil gestão. É muito claro, que as dificuldades em se ser elemento único se prendem essencialmente, com a gestão do tempo com nove unidades de registo, a gestão das necessidades, as suas e as dos utentes com nove unidades de registo, relembrando a escassez e a parcimónia com que estes profissionais se podem deparar. Apesar dos aspectos menos bons que foram mencionados, também é referida muita coisa boa, com destaque para a: autonomia,

a gestão do serviço, a gestão dos horários e o poder negocial, todos com doze unidades de registo cada (Quadro 19).¹⁸

Quadro 19- Vantagens/Desvantagens de ser elemento único

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO
<i>Bom</i>	Autonomia	12
	Gestão de serviço	12
	Gestão de horários	12
	Gestão de decisões serviço	12
	Poder negocial	12
	TOTAL	60
<i>Mau</i>	Gestão de tempo	9
	Gestão necessidades	9
	Isolamento	5
	No tirar duvidas	3
	Stress	2
	TOTAL	28

Sumarizando, todo o grupo mencionou ter *autonomia* para gerir o trabalho e para desempenhar as funções, organizar prioridades. Foi referida por todos como uma grande mais-valia.

No que se refere ao facto de estarem em representação de um *superior hierárquico*, não parece influenciar a forma de actuação dos profissionais junto dos utentes, pois têm autonomia para actuar e tomar decisões.

No que se refere à Golegã, estas questões não se colocam por ser um concelho mais pequeno. O trabalho é sempre muito, mas parece que de certa forma a gestão do tempo e do trabalho que há para fazer, decorre dentro da normalidade.

Em suma, os profissionais que têm um colega de profissão no mesmo Centro de Saúde, ou que enquanto profissão se organizam em termos de grupos de trabalho parecem estar em vantagem, sobre os profissionais que são elementos únicos. De forma a terminar a análise destes assuntos, veja-se, o que foi mencionado pelos profissionais (nº3 e nº 6):

“Chego a ter lista de espera de um mês, e há situações que era absolutamente desnecessário estarem um mês à espera, mas sou elemento único e tento explicar às pessoas,

¹⁸ Informação extraída da tabela 7.5.7.11 anexa

que por norma até entendem...já me conhecem também como pessoa. Também há a questão da organização geográfica, organizo o serviço em termos da geografia, no caso dos domicílios, as pessoas esperam mais, pois tento juntar pessoas da mesma zona, de forma a não fazer deslocações só por um utente”.

“Enquanto consegues dar resposta tudo bem, se não consegues...já és mau profissional, eu ouço isto no dia-a-dia...a seguir às férias...é o caos, ou seja ser único é complicado”.

Considera-se que os objectivos para este grupo de perguntas foram conseguidos.

Por fim, e antes de passarmos ao capítulo referente à discussão dos resultados, destacamos que as entrevistas auxiliaram, à rectificação do campo de investigação das leituras, realizadas no enquadramento teórico.

5. Discussão dos resultados, conclusões e contributos para conhecimento

5.1 Discussão dos Resultados

Neste capítulo, os resultados anteriormente tratados, serão relacionados.

A modernização preconizada para os Cuidados de Saúde Primários coloca-nos a todos sem excepção, no panorama da mudança, mas em especial, a quem lá desenvolve a sua actividade profissional. Deste modo pressupõem-se que se faça por um lado o aproveitamento de experiências e competências do passado, mas por outro a aquisição de novos conhecimentos, enquadrados em perfis profissionais inovadores e diferenciados, sustentando o quão importante é os profissionais de saúde deterem, para além da competência técnica, outro tipo de competências, de índole transversal (Safarty *et al.*, 2007).

Os grupos profissionais a desenvolver a sua actividade em Centro de Saúde, estão no cerne da mudança, quer à escala à global, quer à escala nacional, onde a formação de base e o desenvolvimento profissional constantes são cruciais, de forma a sustentar uma prática baseada no uso de mais e melhores estratégias negociais (Petrova *et al.*, 2006). Os locais de trabalho deixaram “de ser apenas um conjunto de actividades associadas descritivamente ao cargo, para se transformar num prolongamento directo da competência a usar nas mais diversas situações profissionais” (Fernandes, 2006: 33). A aquisição de competências negociais, e tal como referido na literatura é de indubitável vantagem para quem desenvolve a sua actividade profissional em contexto de saúde, mais a mais em Centro de Saúde ou Hospital (Andrade, 2007; Buetow, 1998; Charles, 1994; Pereira *et al.*, 2001; Petrova *et al.*, 2006; Ratzan, 2001; Ricou *et al.*, 2004; Saltman *et al.*, 2006; Say e Thompson, 2003; Teixeira, 2004).

A presente investigação procurou conhecer, se o grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica a exercer profissionalmente, no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo considera as competências em gestão de conflitos e negociação críticas à modernização dos Centros de Saúde. Por um lado pensando na sua actividade profissional, de contacto diário com o utente, mas por outro na lógica da organização, enquadrada na modernização prevista pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários e dos recém-criados Agrupamentos de Centros de Saúde.

Começámos por analisar se o grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a exercer nos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo, adquiriu competências em gestão em conflitos e negociação, nos diferentes níveis de formação, base, pós-graduada, ou outras.

Em relação à formação base, grau Bacharelato 26,4%, grau de Licenciatura 68,4%, ou outra 5,2%, o grupo foi unânime ao mencionar, que a preparação dos cursos, relativamente à interacção profissional com o utente é muito boa nas competências técnicas, mas insuficiente, em competências de gestão de conflitos e negociação. Na formação base, e apesar de não fazer parte do guião da entrevista, 26% dos profissionais referiram, que os estágios curriculares integrados no terceiro ano do curso foram fundamentais na preparação para o relacionamento profissional com o utente, apesar de esta preparação, estar relacionada e inter-dependente dos locais de estágio e respectivos orientadores.

Relativamente à formação pós-graduada mencionada pelo grupo, nenhuma foi especificamente sobre gestão de conflitos e negociação e aos olhos dos profissionais, é uma mais-valia que permitiu alargar horizontes acerca deste, e de outros temas.

Este, também não foi tema, de acções de formação que o grupo já tivesse frequentado, seja por proposta da entidade patronal, seja com frequência por iniciativa individual.

Apesar disso, quer na formação base, quer na formação pós-graduada foram mencionadas disciplinas curriculares, que na opinião dos profissionais, são adjuvantes à formação em gestão de conflitos e negociação. De qualquer modo, as disciplinas citadas pelo grupo, nos vários níveis de formação, foram insuficientes, para a aquisição de competências em gestão de conflitos e negociação, mais a mais no contexto de Centro de Saúde, unanimemente referido como um contexto muito específico e peculiar.

Sumarizando, os nossos resultados parecem condicentes com o estudo de Pestana (2008), que alertou para o facto de a “formação universitária dos técnicos de saúde assentar predominantemente nos aspectos biomédicos, técnicos e assistenciais e ter tendência a negligenciar aspectos centrais como a comunicação em saúde, essencial também na humanização dos serviços” (p.89).

E neste sentido, sintetizamos que o grupo não é detentor destas competências.

Como o grupo, não detém estas competências, surgiu-nos a dúvida relativamente à importância que o grupo dá à formação, seja no tema em estudo, seja noutros pertinentes à sua actividade profissional. Na opinião dos profissionais, a formação é uma importante mais-valia

para o desenvolvimento e melhoria contínuas da actividade profissional. Foram apontadas razões, que se prendem com o “*melhorar a relação profissional com o utente, e fazer uma gestão pessoal dos conflitos mais eficaz*” (Entrevistado nº18).

Relativamente, à possibilidade de realizar uma acção de formação transversal ao grupo nas competências em estudo, é analisada por todos como óptima, alinhavando a ideia de que há competências que deveriam ser transversais à carreira. Na medida em que, a formação, é investimento indispensável à reforma de sucesso, e extensível, a todos os sectores profissionais com base nas necessidades reais e nos objectivos da reforma, mencionamos que esta é uma prioridade e uma necessidade do grupo.

Mencionaram igualmente o quão importante seria a entidade patronal assumir um papel decisivo em matéria de formação, pensando numa lógica de gestão e evolução partilhadas. Só assim será possível fazer frente às necessidades dos contextos de saúde da actualidade, tendo presente a ideia de que só aprendendo, se está preparado para gerir eficazmente os conflitos (Grilo e Pedro, 2005; Pereira *et al.*, 2001; Pestana, 2008; Ratzan, 2001; Ricou *et al.*, 2004; Teixeira, 2004). Recuperando o enquadramento teórico, relembramos a importância de em função das diferentes profissões, ser possível, para cada uma das suas actividades/funções, definir o perfil de competências caracterizadoras e essenciais ao sucesso e máxima eficácia (Ceitil, 2007).

Sabendo que o grupo dá importância à formação, percebeu-se igualmente, que está muito motivado para a aprendizagem, motivação que é considerada pedra basilar, para toda e qualquer mudança. Recuperando Boyatzis citado por (Ceitil, 2007) lembramos que a motivação é indispensável, e considerada uma das cinco dimensões de competências preditivas do desempenho da pessoa. Ainda relativamente a este assunto referimos que 68,4% dos profissionais têm licenciatura, e que desses, 59% concluíram a licenciatura bietápica em regime pós-laboral, o que por si só, é indicador de um esforço adicional, quer pessoal, quer profissional. Se paralelamente, analisarmos que a carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, só foi revista em termos curriculares, percebemos o que foi referido por alguns profissionais, para quem o facto de não usufruir de regalias salariais é um dos factores que pesa na decisão, de fazer ou não a licenciatura.

Outra situação, que foi passível de análise, prende-se com a variabilidade de competências do grupo profissional, que se comprovou ser grande, relacionada com motivos tais como: terem decorrido dez anos da actualização/estruturação dos currículos académicos, os profissionais terem graus académicos distintos, as escolas de origem no mesmo curso

serem diferentes, o grau de bacharelato ter sido realizado numa universidade e o grau de licenciatura noutra, outra formação de base com equiparação ao curso, bem como a experiência profissional. Pensando nos anos de serviço dos profissionais, e passando a fazer uma análise, em função desses anos e os anos decorridos da actualização/reestruturação dos currículos académicos, sensivelmente dez anos, lançou-se a hipótese de esta reestruturação ter introduzido alterações significativas nos currículos sobre o nosso tema de estudo. Contrariamente a essa hipótese, quer os profissionais, que terminaram o curso há mais de dez anos, antes da reestruturação, 58%, quer os profissionais que terminaram há menos de dez anos, após a reestruturação, 42%, indicaram que a formação de base prepara muito bem, a interacção profissional com o utente, nas competências técnicas, mas não promove formação em competências de gestão de conflitos e negociação.

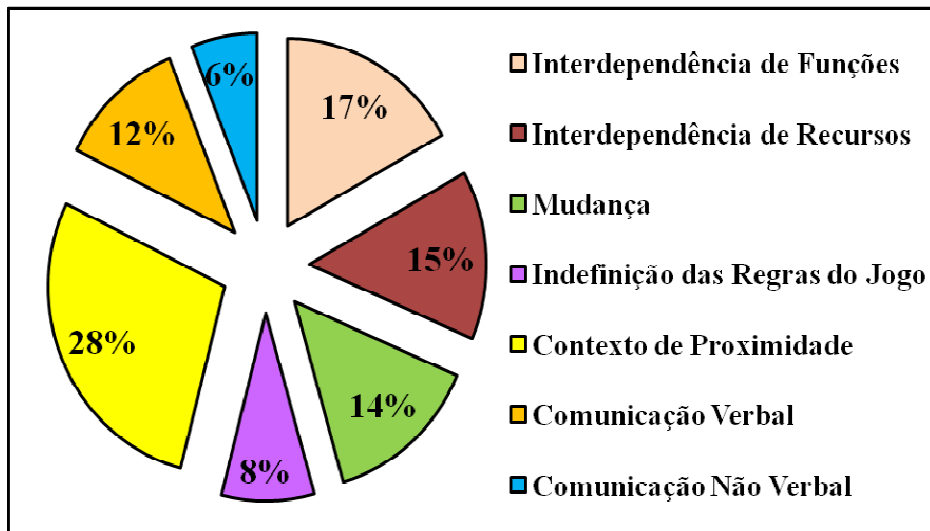
Pensando nesta variabilidade de currículos académicos e nos dados já analisados, é cada vez mais justificável e crucial a possibilidade de realizar uma formação de carácter transversal ao grupo de modo a conferir *know-how* comum. Esta, para além de permitir uma uniformização de competências, permitiria também o alcance da vontade do grupo enquanto conjunto e os objectivos da modernização, que considera a formação vital à mudança. Na opinião destes, esta beneficiaria não só a interacção profissional com o utente, mas também com outros grupos profissionais, nomeadamente com os grupos profissionais indicados na entrevista, o dos enfermeiros e o dos administrativos.

Finalizada a análise ao tema da formação e modernização dos Cuidados de Saúde Primários, importa agora fazer a ligação à análise das principais razões referidas, pelo grupo para o surgimento de conflitos nos Centros de Saúde, pois só avaliando e conhecendo a realidade, se poderão propor soluções para a sua minimização ou extinção.

Os dados do nosso estudo, confirmaram que a maior percentagem de conflitos nos Centros de Saúde, surge por este ser um contexto de proximidade, nomeadamente por a interacção ser feita face a face e haver interacções frequentes e próximas, aos contextos de vida das pessoas, onde coexistem diversos estilos e formas de estar (Safarty *et al.*, 2007). Confirma igualmente ser possível a criação de relações de confiança e de empatia, tendo em conta a proximidade às pessoas, mas a grande possibilidade de existirem dificuldades acrescidas se os limites entre ambas as relações não forem bem definidos (Rourke *et al.*, 1993). Se pensarmos que os Centros de Saúde trabalham numa lógica de contexto de proximidade, confirma-se e tal como descrito na literatura ser *uma faca de dois gumes*, pois se por um lado há uma maior facilidade de interacção, com o utente, por outro, os problemas

poderão surgir com maior facilidade (Safarty *et al.*, 2007). Esta situação parece preocupar 70% do grupo, que apresenta uma clara noção do que é trabalhar num contexto de proximidade. As razões indicadas pelos profissionais para o surgimento de conflitos foram agrupadas em sete categorias representadas num gráfico circular com recurso a percentagem (Figura 8).¹⁹

Figura 8-Razões indicadas pelo grupo para o surgimento de conflitos



Nesta análise decidimos reagrupá-las em seis categorias, agrupando a categoria *Comunicação verbal* à categoria *Comunicação não verbal*, conduzindo a que a categoria *Comunicação* seja a segunda razão mais mencionada para o surgimento de conflitos nos Centros de Saúde. Por ordem decrescente:

- *Contexto de Proximidade* 28%;
- *Comunicação* 18% (*Verbal*-12% e *Não Verbal*-6%);
- *Interdependência de funções* 17%;
- *Interdependência de recursos* 15%;
- *Mudança* 14 %;
- *Indefinição das regras do jogo* 8%.

Na categoria *Contexto de Proximidade*, as subcategorias com maior número de respostas, prendem-se com o facto: de o utente não ler as informações escritas afixadas, não querer esperar a sua vez ou querer alterar a organização do trabalho do técnico, o atendimento

¹⁹ Informação extraída da tabela 7.5.5 anexa

ser feito face a face, bem como o poderem ser abordados em qualquer lado, seja durante o serviço, ou fora dele. Também foram mencionadas as atitudes dos utentes face ao género e à idade dos profissionais, o que parece coincidente, com as características do grupo, pois a maior parte dos profissionais são do sexo feminino e, apesar de não ter sido analisado na caracterização da amostra, a maior parte do grupo está numa faixa etária abaixo dos quarenta anos. Relativamente à subcategoria face a face, 60%, dos profissionais sentem que estão muito expostos ao contacto directo, e no sentido figurado estão a “*abrir a porta de sua casa, que é uma porta muito fácil de abrir*” (Entrevistado nº 16). Neste ponto relembre-se que alguns aspectos são elementos essenciais para uma negociação, sob o ponto de vista processual, nomeadamente o face-a-face por envolverem aspectos francamente comportamentais e de intenso trabalho do cérebro emocional (Carvalho, 2007).

Esta reorganização permitiu-nos compreender que a categoria *Comunicação* foi apontada pelo nosso estudo, como uma das principais razões para o surgimento do conflito, 18%, dividida em *Comunicação verbal*, 12%, e em *Comunicação não verbal* 6%. É um assunto que facilmente pode originar problemas entre os profissionais de saúde, e os utentes (Teixeira, 2004). O nosso estudo é coincidente, com algumas razões encontradas na literatura, que mencionam que os problemas de comunicação se devem à forma de falar com o utente, ao tom de voz utilizado, à expressão facial do técnico para com o utente, e vice-versa. Sabendo que a avaliação que o utente faz, dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos, se baseia essencialmente, nas competências relacionais dos técnicos de saúde, leva a que seja fundamental, considerar a comunicação, que é efectivada entre o profissional e o utente (Grilo e Pedro, 2005; Pereira *et al.*, 2001; Pestana, 2008; Ratzan, 2001; Ricou *et al.*, 2004; Teixeira, 2004).

Outras categorias mencionadas são a *Interdependência de funções* 17%, a *Interdependência de recursos* 15%, a *Mudança* 14 % e a *Indefinição das regras do jogo*, 8% (Gil, 2008).

Relativamente à *Interdependência de funções*, comumente, pode levar a conflitos, quando o trabalho de uma pessoa está dependente do de outra, o que parece ser confirmado pelo nosso estudo (Gil, 2008). As subcategorias nela agrupadas devem-se às informações que são dadas aos utentes, que parecem não ser as mais correctas, a falhas nos sistemas de marcações de consultas ou exames, a dificuldade na cobrança de taxas moderadoras e, ao facto de se atenderem em simultâneo utentes com marcações prévias e utentes em articulação com o serviço de urgências.

No que se refere ao conflito propiciado pela *Interdependência de Recursos*, surge essencialmente em torno de recursos escassos, em relação ao que é desejado (Gil, 2008; Neves *et al.*, 2006). As razões mencionadas pelos profissionais devem-se ao facto de não existir um profissional da área administrativa, que auxilie na organização do serviço, que dê informações ao utente, e que permitiria ao profissional realizar os atendimentos sem estar constantemente a ser interrompido. As outras razões prendem-se com o facto de o utente, ter se sujeitar a uma grande lista de espera para realizar exames, avaliações e atendimentos, por escassez de recursos (Neves *et al.*, 2006).

Relativamente às categorias, *Mudança e Indefinição das Regras do Jogo*, relembramos que “sempre que há mudança que envolva outras pessoas, ou a própria, há possibilidade de ocorrer conflito(...), mais que não seja, pelo facto de o ser humano ser uma criatura de hábitos(...), e a mudança levar, a incerteza quanto ao futuro, ao medo de se poderem perder privilégios adquiridos e o receio da crítica” (Gil, 2008: 8). O ambiente de *Mudança*, foi a quarta razão mais referida pelo grupo, 14%, e as subcategorias estão maioritariamente relacionadas, com informações contraditórias que são dadas aos utentes, a mudança de pessoas que estavam em determinados locais há algum tempo, ou a constante mudança de salas/espacos de trabalho dos profissionais. No que refere ao surgimento de conflitos por *Indefinição das Regras do Jogo* prendem-se com a organização dos serviços, a sua sinalização e localização, constantes alterações ou a informações contraditórias que são dadas.

Validou-se também, que a organização dos serviços e do espaço físico do Centro de Saúde, também poderá influenciar a actividade dos profissionais de saúde, desencadeando alguns conflitos.

Resumindo, o Centro de Saúde é um contexto relacional, de proximidade, tornando urgente deter mais e melhores competências interpessoais e poderes transversais, assentes em *skills*, para que exista uma maior e cada vez melhor preparação por parte dos profissionais de saúde (Carvalho, 2007). De qualquer modo, e apesar das situações de conflito poderem ser constrangedoras, e de muitas vezes trazerem consequências complicadas para aqueles que as vivem, é mencionado na literatura, que se forem bem aproveitadas, poderão estar associadas a uma maior inovação, a relações interpessoais mais eficazes, repetindo a importância crítica da gestão dos conflitos para a efectividade das organizações (Carvalho, 2007; McIntyre, 2007; Thompson, 2008; Trindade e Teixeira, 2004).

Do grupo 21% referiram nunca ter tido conflitos, talvez, e na sua opinião, pela postura pessoal e postura preventiva adoptada. Os demais 79% relataram uma situação que já

viveram, referindo-se a esta como uma situação “*não de conflito explícito, mas sim uma situação mais delicada*” (Entrevistado nº8).

Tal como na literatura os conflitos não são explicitamente assumidos, apesar de existirem em grande percentagem. A não assunção dos mesmos leva a que permaneçam sem solução, acarretando consequências à manutenção das relações (Carvalho, 2007; Charles, 1994; Gil, 2008; McIntyre, 2007).

As situações reportadas ocorreram maioritariamente em Centro de Saúde, e não noutros *settings* de intervenção, com início numa razão desconhecida, ou não percebida 14,7%, ou porque o utente vinha muito *irritado*, 14,7%. A literatura refere que o facto de os negociadores estarem zangados, é influenciador de uma negociação, tornando difícil o alcance de ganhos conjuntos (Bazerman *et al.*, 2000).

Também os pareceres técnicos, emitidos no exercício da profissão, parecem suscitar algumas situações de conflito, 11% de respostas, recordando os esforços por parte do utente, anteriormente indicados, no sentido de alterar ou influenciar, o trabalho do profissional.

Assim sendo, sabendo as principais razões, indicadas pelos profissionais para o despoletar do conflito, as razões efectivas, para que surjam, e quais os principais *Settings* onde ocorrem, importa agora comentar, se existe por parte do grupo, alguma preparação/prevenção, que minimize ou neutralize situações de conflito, pois sabe-se que a preparação, é a chave de sucesso para gerir conflitos e conduzir negociações (Goodman, 2007; Monteiro, 2007; Thompson, 2008).

Apesar de muitas situações ficarem mal resolvidas, ou sem solução, o grupo referiu que até tenta fazer as coisas de outra forma, quando surge uma situação semelhante (Cabecinhas, 1995; Monteiro, 2007). Mas, foi igualmente referido ser muito difícil alterar a forma de actuar, de agir, mais a mais porque algumas situações surgem, sem sequer se perceber o porquê. “Os pensamentos mecanizados e o efeito de conjunto são a artrite do pensamento de gestão e um cobertor molhado colocado sobre o fogo da criatividade” (Thompson, 2008: 219). Juntamente, o tempo que os profissionais detêm, para alterar ou melhorar os procedimentos que têm junto dos utentes, é diminuto, ou mesmo insuficiente.

Quando questionados, acerca da preparação, 52,6% dos profissionais, identificaram de imediato uma forma de preparação, como meio de evitar conflitos.

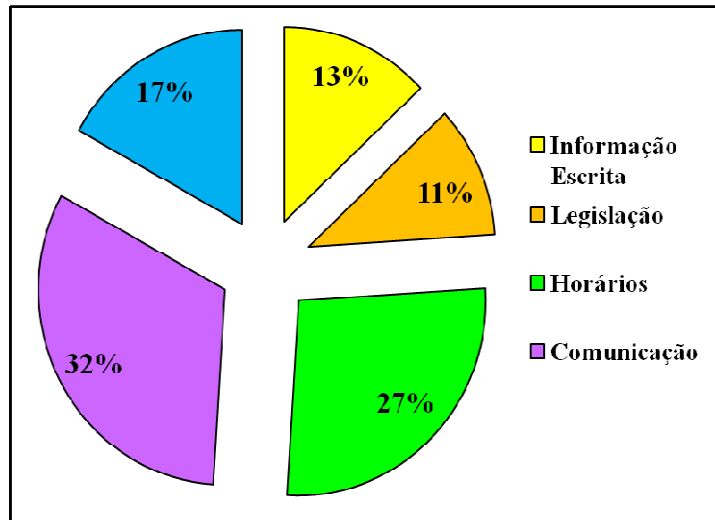
Os restantes, não responderam directamente à questão, mas no decurso da entrevista acabaram por referir procedimentos, que de alguma forma antecipam ou preparam situações

de conflito. Ou seja, tal como referido na literatura, parece existir uma consciência de que a preparação importa, embora não seja tão efectiva quando desejável (Fisher *et al.*, 2007; McIntyre, 2007; Thompson, 2008).

A forma de acautelar conflitos foi agrupada em cinco categorias, representada em gráfico circular com recurso a percentagem (Figura 9).²⁰

- *Comunicação* 32%;
- *Horários* 27%;
- *Organização do Local de Trabalho* 17%;
- *Informação escrita* 13% e
- *Legislação* 11%.

Figura 9-Preparação de possíveis situações de Conflito entre o grupo e o utente



Olhando as categorias agrupadas, é uma vez mais, notório que os profissionais, estão muito atentos e desportos, para a forma como comunicam com o utente, em antevisão de possíveis problemas. Nesta categoria, as principais razões indicadas prendem-se com os aspectos verbais da comunicação, com destaque para o tom de voz, a explicação das decisões e interesses, e a explicação do porquê do não, quando algo não pode ser feito (Pestana, 2008; Teixeira, 2004).

A segunda categoria, mais referida, os *Horários*, agrupa subcategorias como a pontualidade e articulação das disponibilidades de parte a parte, e a explicação ao utente dos

²⁰ Informação extraída da tabela 7.5.4 anexa

procedimentos relativos a tempos de espera e atrasos. Uma vez mais, as explicações acerca dos tempos de espera e atrasos detonam grande preocupação por parte do grupo, na forma de comunicar com o utente e a gestão de horários em torno de recursos escassos (Neves *et al.*, 2007; Teixeira, 2004). A preparação relativa aos horários assume uma importância muito superior, para aqueles profissionais, que são elementos únicos.

No que se refere às restantes categorias, adjuvantes na prevenção do conflito, salienta-se o ambiente de trabalho, que para os profissionais deve estar limpo e organizado, a afixação de informação escrita no Centro de Saúde, e a pesquisa frequente de legislação, de modo a esclarecer eventuais dúvidas, que possam surgir, no decorrer da actividade profissional e na ajuda à fundamentação dos pareceres técnicos.

Passando agora, a analisar o tema da negociação, referimos que 90% dos profissionais expressaram ser um tema que tem importância, muita importância, ou muitíssima importância, à sua prática profissional, firmando que “a negociação e a mediação surgem como os melhores processos de solucionar conflitos” (Almeida, 1999: 11). Os restantes profissionais referiram nunca ter pensado nisso, mas quando alertados para o tema consideraram ser um tema importante, ao desenvolvimento da sua actividade profissional.

Na análise de conteúdo também se percepcionou que a concepção do grupo acerca da negociação, contrariamente ao encontrado por Falcão (2006), vai para além de uma concepção simplista e/ou reducionista. Todos os profissionais, no decurso da entrevista validaram que a negociação é a interacção entre pelo menos dois pontos de vista, visando a um objectivo (Goodman, 2007).

No que se refere aos elementos estruturais da negociação mencionados pelos profissionais, é de salientar, que o maior número de unidades de registo são relativas às subcategorias, *Actores negociais* 100%, *Poder negocial* 84,21%, *Objecto negocial* 68,4% e *Zonas de acordo e não acordo* 36,85%, em que as percentagens correspondem à percentagem de dezanove respostas em cada categoria. O poder negocial identificado, poderá detonar que os profissionais desenvolvem a sua actividade profissional em situação de autonomia e detêm poder negocial, aspecto a que ainda voltaremos.

Relativamente ao processo negocial, foram identificadas com 15,7% cada, as subcategorias face a face, divergências entre negociadores, interesses comuns e a capacidade de aceitação.

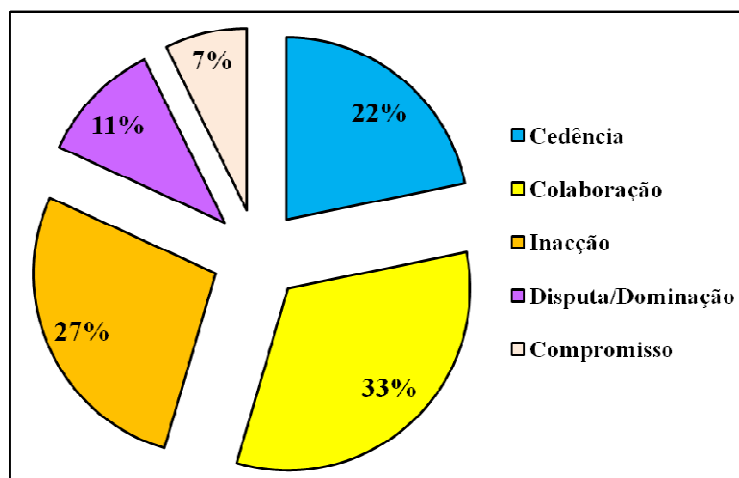
De entre as modalidades possíveis para a gestão do conflito, parece que a estratégia preferencial do grupo recai no uso da *Colaboração*, 32,7% (Figura 10). Esta estratégia remete-nos para soluções de conjunto, com integração de diferentes posições e maximização de ganhos conjuntos, e que segundo a matriz de gestão alargada de conflitos, está no meio-termo entre a preocupação em resolver os objectivos próprios, ou seja do profissional, e resolver, os objectivos dos outros, neste caso do utente (Carvalho, 2007).

O uso da colaboração relaciona-se com o uso de uma orientação integrativa do processo negocial, *win-win*, em detrimento de uma orientação distributiva. Mais de metade do grupo compreende que ao utilizar um estilo integrador ou de resolução de problemas, encurta distâncias, melhora a comunicação, melhora o clima de confiança e cria condições para a solução (McIntyre, 2007).

A segunda categoria mais referida foi a *Inacção*, com 27,3% dos profissionais, a optarem por esta estratégia. As respostas nesta categoria, prendem-se com o evitar o conflito, o receio da interacção e o afastar tanto quanto possível do problema na esperança de que esse afastamento os evite.

A estratégia da *Cedência* obteve 21,8% de respostas, a *Disputa/Dominação* 10,9%. A última estratégia referida, a solução de *Compromisso*, e apesar de não ser unanimemente aceite pelos autores, foi apurada em 7,3% do grupo, demonstrando a importância de activar um compromisso numa solução o mais breve e melhor possível para ambas as partes (Carvalho, 2007; Charles, 1994; Cunha, 2001; Neves *et al*, 2006; Noronha e Noronha, 2001; Rahim, 1983; Saltman, *et al.*, 2006) (Figura 10).²¹

Figura 10-Estratégias utilizadas pelo grupo na Gestão do Conflito



²¹ Informação extraída da tabela 7.5.7 anexa

Foram sintetizados alguns erros negociais: os guiões negociais, o pensamento rígido e o excesso de confiança. No que se refere aos erros relacionais, o maior número de respostas surgiu, na categoria, tomar o outro como garantido. Os erros negociais e relacionais encontrados no nosso estudo são coincidentes, com alguns dos erros encontrados na literatura que caracterizam as negociações de um para um (Carvalho, 2007).

Assim sendo, reitera-se o quão importante é, este grupo profissional deter outro tipo de competências, que não só as competências técnicas, para que o grupo seja cada vez mais competente, no uso de mais e melhores estratégias negociais, baseadas unicamente em estratégias integrativas, e melhor *know-how* para se distanciar de heurísticas e enviesamentos que dificultem o processo negocial (Charles, 1994; Monteiro, 2007).

No que se refere a aspectos como a experiência de vida, e as características pessoais, o grupo mencionou, serem factores adjuvantes à gestão dos conflitos e à negociação. Do grupo 58% trabalha há mais de dez anos, e pareceu-nos que a experiência e os anos de contacto profissional com o utente conferem um maior à vontade no lidar com as situações de conflito, bem como um sentimento de maior preparação e maior confiança, aludindo a que a experiência é, e tal como mencionado na literatura um factor adjuvante à gestão dos conflitos e negociação (Kray e Haselhuhn, 2007).

Mas, se por um lado, a experiência parece conferir maior à vontade na gestão de conflitos e negociação, por outro relembra-se que o curso de base destes foi muito assente em competências técnicas, aspecto muito frisado por aqueles que terminaram o curso há mais de quinze anos. Em suma, a prática e o treino são factores importantes à aprendizagem, mas igualmente a preparação e o *feedback* são fundamentais para uma negociação de sucesso (Kray e Haselhuhn, 2007; Pestana, 2008).

Outras formações de base, também parecem constituir-se como uma mais-valia no sentimento de confiança em gerir conflitos e negociar, nomeadamente a formação de base em Psicologia mencionada por um entrevistado.

Se por um lado é excelente ter experiência, que permite um maior à vontade na gestão e na solução dos conflitos, por outro faz-nos deduzir, que o sucesso do grupo relativamente à gestão de conflitos e negociação, na relação profissional com o utente, está demasiado dependente das características individuais e pessoais, de cada um e da sua experiência pessoal e profissional. Sobre este assunto, vejamos o que disse o entrevistado nº 11: “*são as*

competências pessoais e não as profissionais que me ajudam...a minha experiência de vida ou o meu feitio, pois formação não, nunca tive”.

Este assunto, também foi referido pelo entrevistado nº17 que mencionou que *“as competências que ajudariam a uma melhor gestão de conflitos e negociação, são competências difíceis em si mesmas de mudar, pois têm muito a ver com as características pessoais...e no mundo do trabalho há muitos vícios...é muito difícil mudar comportamentos”.*

Retomemos a este capítulo a distinção explicada por Ceitil (2006), entre *competences (outputs)* e *competencies (inputs)*²², validando o que foi descrito pelo entrevistado nº 17. Os entrevistados, referiram e bem, que este tipo de competências são intrínsecas à pessoa, e mais difíceis de alterar (Ceitil, 2007; Fernandes, 2006; Sousa, 2006).

Igualmente, o modelo proposto por Mcber (1973)²³, que associava um *Iceberg* à pessoa, no seu todo, sustenta a dificuldade que é, introduzir mudanças nas competências intrínsecas ao indivíduo. Mas sabe-se que apesar de ser mais difícil, a modificação deste tipo de competências, são estas, as que permitem obter o máximo desempenho, numa dinâmica organizacional, independentemente da profissão.

Assim, é possível sugerir que a aprendizagem deste tipo de competências, deve com urgência poder ocorrer cada vez mais cedo, logo desde a formação base, para que os futuros profissionais se sintam mais despertos, e motivados à sua aprendizagem. Paralelamente, deverá apostar-se forte, nos profissionais, que já exercem profissionalmente no terreno, e que no dia-a-dia, se encontram a braços com as situações, com os problemas, em interacção próxima com o utente.

Também foi mencionada pelo grupo outra necessidade, em matéria de competências, a necessidade, de ser perceptível, se as actividades profissionais estão alinhadas com a missão e os valores da organização. Foi mencionada por alguns profissionais, a necessidade de existirem reuniões de trabalho com os superiores hierárquicos, com o objectivo de aferir procedimentos, atitudes relativas a formas de estar e de actuar. Deste modo, talvez fosse possível, a uniformização de estratégias conjuntas, obtenção de *feedback* e aperfeiçoamento de posturas/atitudes. Esta sugestão prende-se com as competências organizacionais, que se referem à missão, à visão e aos hábitos de trabalho partilhados da organização (Ceitil, 2007). O entrevistado nº 18 referiu-se a esta situação dizendo *“vou tentando descobrir, baseio-me na*

²² Ver página nº45

²³ Ver página nº47

lei, leio os documentos legais". Ou seja, o grupo sente e tal como descrito na literatura, que não é uma entidade passiva no seu serviço, o que é bom, mas que ao mesmo tempo sugere um nível de exigência mais elevado (Ceitil, 2007).

No nosso estudo confirmou-se, que todo o grupo detém *Autonomia Profissional*, observada por todos como uma mais-valia da sua actividade profissional. Esta define-se como a "possibilidade que uma profissão tem de definir o seu campo de exercício e de autoridade, de definir os termos e o conteúdo do seu próprio trabalho, com independência do controlo de outras profissões" (Lopes, 2006: 29). No entanto 20% dos profissionais referiram igualmente que esta, ao mesmo tempo que é boa, também é má. O que poderá parecer um contra-senso, deixa de o ser, se analisarmos que esta situação foi mencionada pelos profissionais que são elementos únicos no Centro de Saúde onde desenvolvem a sua actividade profissional. Estes para além de serem únicos são ao mesmo tempo detentores de competências técnicas muito desejadas, levando a que invariavelmente tenham de fazer uma maior e melhor gestão do tempo, dos recursos e do serviço, face às necessidades. Também foram confirmadas por seis entrevistados situações de isolamento profissional.

Estas questões não se colocam, aos sete profissionais, que têm um colega de profissão no Centro de Saúde onde exercem, pois actualmente parece ser muito bom, ter um colega da mesma profissão no Agrupamento da Lezíria I. Quem tem um colega da mesma profissão, está de alguma forma em situação de vantagem, em aspectos como a gestão do tempo, do próprio trabalho, através da entreaajuda e do bom relacionamento entre colegas, tornando tudo mais fácil. Os colegas que, apesar de estarem afectos a diferentes Centros de Saúde, mas que enquanto grupo profissional têm uma prática de articulação de procedimentos da profissão, referem-na como uma mais-valia em situações de dúvidas, questões ou outras situações que vão surgindo.

O grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica refere ter condições de interacção com o utente, podendo dar a sua opinião e pareceres em matérias referentes ao serviço sem qualquer tipo de contingência. O facto de estarem em representação de constituintes (superiores hierárquicos), não retira *poder negocial* ao grupo. Os técnicos de saúde ambiental referiram unanimemente a existência de boa articulação com a autoridade de saúde com quem trabalham directamente, no emitir de pareceres e decisões, na medida em que esta profissão está integrada na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento.

Recapitulando, o grupo possui autonomia e poder negocial, para interagir com o utente, não existindo pressão por parte dos constituintes, os superiores hierárquicos. Existe sim,

pressão por parte do próprio utente, e pressão do tempo, exíguo, face às solicitações diárias. Pois e tal como mencionado pelo Entrevistado nº 12, existe *“interacção com muitas pessoas, cada vez mais interessadas e informadas, nas matérias de saúde que lhes dizem respeito, e que muitas vezes vêm cheias de problemas, e precisam de falar”*. O utente de hoje ao estar mais informado e interessado em assuntos que lhe dizem respeito, e tal como descrito na literatura, leva a que o profissional de saúde deva obter mais e melhor preparação para se posicionar perante o utente, num contexto de grande proximidade e muita interacção (Charles, 1994; McIntyre, 2007 Teixeira, 204).

De forma a finalizar o capítulo da discussão dos resultados, observemos o que foi dito pelo entrevistado nº 6:

“Em relação ao ambiente de Centro de Saúde, não me parece que a escola tenha dado competências suficientes...é muito específico....os cursos preparam-nos muito bem tecnicamente, e mesmo a psicologia que temos, até prepara de alguma forma a relação, a empatia com o utente, as atitudes e os problemas, mas não nos prepara para este dia-a-dia. Prepara-nos para as excepções, o utente que desata a chorar e que temos de acalmar, problemas tipo, mas não nos prepara para o utente [comum]. Era importante que os superiores dessem atenção a este ponto tendo em conta que esta é uma grande preocupação. O facto de termos começado a funcionar em Agrupamento, poderá ainda levar a mais conflitos!”

5.2 Principais conclusões do estudo

Como forma de “início”, convém mencionar que este foi um estudo desenvolvido, com muito interesse e satisfação. O facto ter sido possível o contacto com os entrevistados, colegas de profissão, foi uma mais-valia pessoal e profissional, que permitiu analisar problemas comuns, que não estão dependentes só do profissional, mas também de aspectos organizacionais e estruturais do contexto profissional.

Apreciamos que a opção quer pelo grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, quer pelo contexto dos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo, foi favorável. Foi possível conhecer a realidade dos recém-criados Agrupamentos de Centros de Saúde, ao mesmo tempo que se direccionou para um grupo profissional, ao qual não estão associados muitos estudos em Portugal.

O acesso aos dados foi rápido, ao mesmo tempo que permitiu uma análise clara, simples e muito rica, num tema interessante para a autora.

Os aspectos que guiaram a direcionalidade da investigação clarificaram-se, sustentados no enquadramento teórico e nos dados obtidos.

Considera-se que o objectivo da dissertação foi cumprido, pois é possível indicar, com base nos resultados, que 85% dos Técnicos de Diagnóstico de Terapêutica a exercer a sua actividade profissional no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, consideram as competências em gestão de conflitos e negociação, um factor crítico à modernização dos Centros de Saúde e consequentemente à sua actividade profissional de contacto com o utente. Os restantes 15% quando alertados pela entrevista consideraram a sua pertinência, apesar de terem referido nunca ter pensado no assunto.

O grupo por pertencer à mesma carreira possui por um lado, um conjunto de competências técnicas e profissionais comuns, mas por outro lado uma série de especificidades e técnicas próprias inerentes a cada profissão. Também os currículos académicos, as universidades de origem e o respectivo percurso formativo e profissional são efectivamente muito distintos. Por tudo isto, concluímos que as competências deste grupo profissional, são diferentes e variáveis.

Confirmou-se a expectativa de que este grupo profissional para fazer face a inúmeros aspectos do contexto onde desenvolve a sua actividade profissional tem necessidade de deter competências negociais, ao mesmo tempo que foi possível conhecer as competências do grupo profissional em gestão de conflitos e negociação.

É possível indicar, que a formação de base prepara muito bem os profissionais, relativamente às competências técnicas, mas não prepara para outro tipo de competências, nomeadamente em gestão de conflitos e negociação, competências que o grupo não detém. Os profissionais também não obtiveram formação nesta área, nos diferentes níveis de ensino, ou outros cursos que tenham feito.

Assim sendo, reitera-se a importância de dar à formação de âmbito transversal, que forme os profissionais, facultando-lhes competências, que os prepare para os desafios profissionais da actualidade. Tal, como defendido na literatura, hoje um bom profissional para além de ser detentor de competências técnicas, deve também, possuir um leque de outro tipo de competências, diversificadas e coadjuvantes à interacção com o utente (Teixeira, 2004).

O grupo demonstrou estar muito motivado para aprender e valoriza a formação.

Parece que, as “competências” do grupo no tema em estudo estão muito dependentes da maneira de ser, de estar, de se posicionar perante os outros, no fundo muito dependentes das características individuais de cada um. Se pensarmos, que os Centros de Saúde estão em alinhamento com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, é mesmo aqui que o nosso estudo parece coincidir com as suas linhas orientadoras, pois se, por um lado, a formação é desejada e há motivação, por outro, têm de ser criadas oportunidades para que se efective, permitindo o alcance de outro dos objectivos da modernização, a mudança e desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde. Tendo em conta, que as prioridades devem ser concretizadas com base nas reais necessidades dos profissionais, alertamos que a formação em competências de gestão de conflitos e negociação é fundamental à actividade dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica do Agrupamento da Lezíria I.

No estudo, foi possível sintetizar as razões indicadas pelo grupo para o surgimento dos conflitos nos Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria I do Ribatejo. Estas razões devem-se principalmente ao facto de este ser um contexto profissional de grande proximidade e à comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente.

Pensando nos Centros de Saúde enquanto ponto de aproximação das pessoa ao SNS, pensamos neste como um local privilegiado de proximidade, descrito na literatura como sendo um meio especial, específico e peculiar, que por um lado é facilitador no estabelecimento de confiança e de empatia para que a relação profissional conflua, mas podendo encerrar problemas se os limites entre a relação pessoal e profissional não forem bem estabelecidos (Safarty *et al.*, 2006). Parece existir, da parte dos profissionais uma clara noção da importância do tipo de contexto, na medida em que sabem que esta proximidade terá

de ser muito bem gerida, para que não influencie negativamente a sua actividade. Pareceu-nos que esta gestão nem sempre é fácil.

Têm igualmente noção da importância a dar à comunicação com o utente. Examinou-se que a comunicação verbal é mais representativa, do que a comunicação não verbal, quer quando nos referimos à preparação de possíveis situações de conflito, quer quando se abordam os motivos que na opinião dos profissionais, propiciam conflito. Sabemos também que a comunicação e a forma como esta se estabelece é fundamental para todo e qualquer processo negocial (Carvalho, 2007; Charles, 1994; McIntyre, 2007; Teixeira, 2004).

Ambos os pontos anteriores, são grandes preocupações do grupo, que tem a clara noção que a comunicação entre profissionais e utentes, num contexto de tão grande proximidade podem efectivamente ser o fio condutor de um rastilho de pólvora no despoletar dos conflitos.

Outros motivos que podem levar ao conflito, passam pela interdependência de funções e de recursos, bem como o ambiente de mudança e incerteza vivido nos Centros de Saúde, tal como descrito na literatura (Charles, 1994; Gil, 2008; Pestana, 2004). Se pensarmos que a maior parte dos profissionais do grupo, desenvolve a sua actividade profissional como elemento único, no Centro de Saúde onde está alocado, mais se confirma que os motivos descritos podem ser efectivamente pontos de aproximação rápida a situações de conflito.

Muitas das situações de conflito referidas, não são bem situações de “conflito”, são situações mais críticas, mas difíceis, sustentando que existem efectivamente conflitos, mas não assumidos (Safarty et al., 2007). Muitos devem-se a situações não compreendidas, ou porque o utente já vem zangado, ou porque não se estabeleceu a comunicação, acarretando implicações graves à manutenção das relações. Os negociadores zangados estão menos disponíveis para negociar, existindo uma maior propensão ao conflito (Carvalho, 2007; Thompson, 2008). Foi também constatável que muitos dos conflitos ficam sem solução, pois os profissionais não sabem como hão-de dar a volta, para a solução (Monteiro, 2007).

As situações mencionadas remetem-nos para heurísticas, ou enviesamentos do pensamento, que se sobrepõem à vontade efectiva dos profissionais, em alterar o modo de actuar ou agir, se não existir formação para tal (Cabecinhas, 1995; Thompson, 2008). A preparação importa embora não se assuma ou se faça efectivamente, tal como descrito na literatura (Cabecinhas, 1995; Carvalho, 2007; Monteiro, 2007; Thompson, 2008).

Outra linha de orientação preconizada pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, é a aposta na intervenção baseada na prevenção, descentralização de cuidados,

realizada na comunidade e nos *settings* de vida, onde se encontram muitas pessoas, com inúmeros estilos de vida. Torna-se óbvio que para o alcance deste propósito, os Centros de Saúde e respectivos profissionais, são elementos decisivos, enquanto actores num contexto de excelência. Por isso mesmo, há também que fazer uma reflexão global, acerca do lugar que é conferido ao utente na divisão de trabalho de produção de cuidados de saúde (Lopes, 2006).

Por tudo isto, é urgente munir os profissionais de outras competências, que os ajudem a efectivar esta metodologia de trabalho, nomeadamente competências em gestão de conflitos e negociação, pois ao abundar a retórica de que *o utente é um elemento da equipa de saúde*, inevitavelmente haverá um maior recurso à negociação. Por haver uma maior necessidade negocial, há também uma maior necessidade de se deter competências. O utente de hoje está mais informado, tornando-se sem sombra de dúvida um utente mais interessado, em matérias relativas à sua saúde, pretendendo ocupar o lugar que lhe cabe no seio da equipa de saúde (Lopes, 2006). Isto vai requerer ao profissional de saúde mais e melhor informação, ou seja mais e melhor formação, actualizações constantes, pois só assim será possível que encontrem o seu lugar, num ambiente de proximidade (Charles, 1994).

Assim, e só assim será possível, estabelecer uma relação baseada na ajuda mútua, na confiança, deixando de lado o medo, os conflitos, as desconfianças, alinhada às melhores práticas, nacionais e internacionais, sabendo que a sustentabilidade de um sistema assenta, entre outros factores, na motivação, competência técnica e capacidade de desenvolvimento profissional dos seus actores.

Pareceu-nos, e pensando no ambiente de mudança vivido nos Centros de Saúde, que tanto o utente como o profissional, andam um pouquinho à procura do seu lugar no seio da divisão de saúde.

Por tudo que foi dito, a questão que agora se coloca é, *como é que se faz? como é ser técnico, detentor de competências técnicas, muito desejadas e escassas, e ao mesmo tempo deter este tipo de competências?*

Por esta razão, também mencionamos como essencial definir para a carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, o perfil de competências caracterizadoras e essenciais ao sucesso e eficácia destes profissionais em Centro de Saúde. Ao ser dado este passo, seria mais facilmente possível, proporem-se introduções graduais de formação acerca deste tema, na formação de base, na formação pós-graduada ou noutras. Estes passos indispensáveis, poderão constituir-se o início da possibilidade para que este grupo profissional, se actualize,

em alinhamento com um novo estilo de gestão, que aposta numa gestão baseada em maior eficácia e maior eficiência (Gelfand e Brett, 2004).

Se associarmos isto, ao facto de 70% dos profissionais, serem elementos únicos no Centro de Saúde onde desenvolvem a sua actividade profissional, detentores de uma série de competências técnicas muito desejadas/requisitadas, seja pelos médicos, pelas próprias pessoas, ou pelas instituições concelhias, comprova-se que têm de fazer mais e melhor gestão do tempo, dos recursos, e de si próprios (Neves *et al.*, 2006). Os profissionais que têm um colega de profissão, ou que enquanto grupo profissional têm uma prática de entre-ajuda, estão em vantagem nesta situação, relativamente aos profissionais que são únicos.

Apesar de o grupo não ser detentor de formação específica neste tema, privilegia o uso de estratégias de *colaboração*, procurando uma solução para o conflito assente numa perspectiva integrativa, *win-win*, com ganhos quer para o profissional, quer para o utente, maximizando os objectivos de parte a parte. A percepção do termo negociação por parte do grupo não é simplista e/ou reducionista.

O grupo conseguiu identificar alguns dos principais elementos de uma negociação, incluindo o poder negocial, os actores negociais, o objecto da negociação, e o estabelecimento de zonas de acordo e não acordo. Também foram identificados elementos do processo negocial, dos quais destacamos o face a face, na medida em que estamos a falar dum contexto de proximidade, com inerência relacional.

O grupo não está sob influência de nenhuma mesa invisível de constituintes (superiores hierárquicos), na interacção diária com o utente no contexto de Centro de Saúde (Monteiro, 2007).

A necessidade de o grupo ser detentor de competências em gestão de conflitos e negociação, sai ainda mais reforçada pelo facto de o grupo deter autonomia e poder negocial, gerindo o seu próprio serviço em articulação e contacto directo com o utente, na linha da frente, do face a face, num contexto com inerência de grande proximidade. Se por um lado, a autonomia é uma grande mais-valia para o grupo, pode ser uma situação que precipita problemas, devido à proximidade ao utente. Confirmaram-se igualmente algumas situações de isolamento profissional (Lopes, 2006; Safarty *et al.*, 2006).

Assim sendo, a saúde deverá ter ou construir modelos que façam a gestão de recursos limitados por um lado e critérios de efectividade, eficiência e equidade dos serviços por outro. Deve dar especial atenção aos actores da mudança, os utentes por um lado e o grupo dos

profissionais por outro, para que a mudança seja efectiva, assente numa gestão partilhada e numa necessidade validada e sustentada.

Pois, uma coisa é certa, os conflitos podem e, se bem aproveitados, servir de motor ao desenvolvimento social e ter efeitos positivos, no estabelecimento de relações integradoras, permitindo soluções assentes na cooperação, em benefício das partes. Pois ao mesmo tempo que há a necessidade de os cuidados serem eficientes e a baixo custo, há que apostar na crescente qualidade dos mesmos. Um bom profissional hoje, deve, além das competências técnicas, deter competências em áreas diversificadas (Kernick, 2006; Safarty *et al.*, 2006).

Em seguida, e ao chegarmos a este ponto, apresentamos o pensamento centralizador de ideias que surgiram ao longo da pesquisa, juntando-as num fio, que se espera vir a servir como linha condutora a agulhas que queiram procurar mais e melhor informação acerca deste tema.

Maior AUTONOMIA E PODER NEGOCIAL

Mais NEGOCIAÇÃO...

Muita FORMAÇÃO....

Mais e melhores COMPETÊNCIAS!

Mais PREPARAÇÃO....

Melhor DESEMPENHO.

Alinhamento com BOAS PRÁTICAS.....

Alinhamento com ORGANIZAÇÕES.....

Redefinição de PAPÉIS....

Mais QUALIDADE E SATISFAÇÃO!

Reforma de SUCESSO!

5.3 Limitações do estudo

O guião de entrevista, por conter perguntas semi-abertas, pode ser considerado uma limitação do estudo, tendo em conta que a profundidade e a variabilidade das respostas dependem, em grande parte, da disposição e capacidade dos entrevistados.

Os dados recolhidos, por si só, já contêm uma série de limitações, pois não são a verdade absoluta sobre as características da gestão de conflitos e negociação, mas sim a percepção de cada um dos entrevistados acerca dessas características, bem como a percepção e a análise feita pelo investigador.

Igualmente o facto de não se terem feito entrevistas à população, por estes não estarem ao serviço, poderá ser considerado uma limitação, pois já que se despendeu tempo e recursos na pesquisa, teria sido bom poder ser realizado à população (aspecto que não colocou em causa a validade do estudo).

5.4 Recomendações

Após o tratamento, a análise e discussão dos dados, relativos ao tema em estudo, é exequível redigir recomendações, na continuidade das principais conclusões.

Parece-nos essencial a possibilidade de se realizar:

- Formação transversal em Gestão de Conflitos e Negociação dirigida aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo, tendo em conta que o grupo está motivado para a mesma;
- Formação para outros grupos profissionais que desenvolvem actividade profissional no Centro de Saúde, bem como à população, explicando quais as competências e o perfil dos diferentes Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
- Constituição de grupos de trabalho ao nível deste Agrupamento de Centros de Saúde (grupo todo) ou grupos por (actividade profissional), que permitam debater problemas comuns, generalização de boas práticas existentes e a aferição de procedimentos;
- Organização de grupos de ajuda com colegas da área da psicologia que disponibilizem no seu horário tempo para formação e/ou ajuda na gestão conflitos e negociação entre profissionais e utentes;

- Formação transversal em gestão de conflitos e negociação extensível aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica de outros Agrupamentos de Centros de Saúde a nível nacional.

5.5 Pistas para futuras investigações

Como pistas para futuras investigações, mencionamos como possibilidades:

- Estudos que investiguem o tema da gestão de conflitos e negociação na interacção entre os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros grupos profissionais a exercerem no Centro de Saúde;
- Estudo pormenorizado das principais categorias de razões encontradas para o surgimento do conflito no Centro de Saúde, entre os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e o utente, nomeadamente pelo contexto ser de proximidade, a comunicação, a interdependência de funções e de recursos, o ambiente de mudança e a indefinição das regras do jogo;
- Realização de mais e melhores estudos relacionados com o grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, pois existem inúmeros aspectos a serem avaliados, validados e melhorados, para que a formação seja o elemento transversal à carreira;
- Estudos transversais ou por actividade profissional, dos currículos dos cursos de base, de forma a sugerir as alterações curriculares necessárias à introdução de formação em competências de gestão de conflitos e negociação;
- Promoção de estudos que avaliem o perfil de competências que os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica devem possuir para desenvolverem a sua actividade profissional nos Centros de Saúde, incentivando a formação nessas competências.

6. Bibliografia

6.1 Pesquisa Bibliográfica

- Almeida, C. (1999). *Aplicação da cartografia cognitiva como complemento para o estudo dos processos de negociação*. Tese de Mestrado em Psicologia, apresentada ao ISCTE, Lisboa.
- Amanatullah, E. & Morris, M. (2008). Negotiator who give too much: Unmitigated communion, relational anxieties, and economic costs in distributive and integrative bargaining. *American psychological association*, 95 (3), 723-738.
- Andrade, D.(2007). *A mediação de conflitos em meio hospitalar e o direito à saúde*. Tese de Mestrado em Direito Constitucional, apresentada à Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza-Unifor, Centro de Ciências Jurídicas, Fortaleza.
- Bardin, L. (1999). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barry, B. & Friedman, R. (1998). Bargainer characteristics in distributive and integrative negotiation. *Journal of personality and social psychology*, 74 (2), 345-359.
- Bazerman, M., Curhan, J., Moore, D. & Valley, K. (2000). Negotiation. *Annual review of psychology*, 51, 279-314.
- Brett, J. (2000). Culture and negotiation. *International journal of psychology*, 35 (2), 97-104.
- Buetow, S. (1998). Four strategies for negotiated care. *Journal of the royal society of medicine*, 9, 199-201.
- Cabecinhas, R. (1995). Heurísticas e enviesamentos cognitivos no processo de negociação de conflitos. *Cadernos do noroeste*, 8 (2), 99-119.
- Carvalho, J. (2006). *Negociação*. (2ªed.rev.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, J. (2007). *Negociação para (in) competentes relacionais: Negoceie sem competências relacionais e será presa fácil para outros negociadores*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ceitel, M. (2007). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Charles, L. (1994). Physicians in health care management: Managing conflict through negotiation. *Canadian medical association journal*, 151(8), 1129-1132.
- Cunha, P. (2001). *Conflito e negociação*. (1ª ed.). Lisboa: Edições ASA.
- Curhan, J., Elfenbein, H. & Xu, H. (2006). What do people value when they negotiate? Mapping the domain of subjective value in negotiation. *Journal of personality and social psychology*, 91 (3), 493-512.
- DeDreu, C. & Kwon, L. (2000). Influence of social motives on integrative negotiation: A meta-analytic and test of two theories. *Journal of personality and social psychology*, 78 (5), 889-905.

- DeRue, D., Conlon, D., Moon, H. & Willaby, H. (2009). When is straightforwardness a liability in negotiations? The role of integrative potential and structural power. *American psychological association*, 94 (4), 1032-1047.
- Dimas, I., Lourenço, P. & Miguez, J.(2007). *(Re) Pensar os conflitos intragrupais: Desempenho e níveis de desenvolvimento*. Tese de Doutoramento para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, do trabalho e das organizações, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra, Coimbra.
- Eco, U.(2008). *Como se faz uma tese em ciências humanas* (14ªed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Falcão, F. (2006). *Estratégias e táticas de negociação utilizadas por profissionais no Contexto atual*. Tese de Mestrado para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós graduação em Administração de Empresas apresentada à Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.
- Fernandes, F. (2006). *Competências para gerenciar conflitos intra-organizacionais*. Tese de Mestrado em Administração, área de especialização em Comportamento e Organização, apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Fisher, R., Ury, W. & Patton, B. (2007). *Como conduzir uma negociação: Chegar a acordo sem ceder* (6ª ed.). Lisboa: Lua de Papel.
- Gelfand, M. & Brett, J. (2004). *The handbook of negotiation and culture*. Califórnia: Stanford University Press.
- Gil, D. (2008). *Negociação e gestão de conflitos*. Tese de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, apresentada ao Instituto Politécnico de Engenharia de Coimbra, Departamento de Engenharia Química, Coimbra.
- Goh, B. (1999). Culture: the silent negotiator. *ADR Bulletin*, 2 (2), 19-20.
- Goives, C. & Gomes, L. (2004). Modelagem de aspectos qualitativos do processo de negociação. *Revista de administração Mackenzie*, 5 (1), 83-108.
- Gonçalves, V. (2008). *Gestão do risco nas organizações de saúde: Percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco*. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, apresentada ao ISCTE, Lisboa.
- Goodman, B. (2007). The art of negotiation. *Psychology today*, 64, 64-65.
- Grilo, A. & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, saúde e doenças*, 6 (1), 69-89.
- Hill, M.M. & Hill, A. (1998), Investigação empírica em ciências sociais: Um guia introdutório, *Working Paper*, Dinâmia-Centro de estudos sobre a mudança socioeconómica.
- Howard, E. & Thompson, W. (2007). The role of the self concept and the social context in determining the behavior of power holders: Self – construal in intergroup versus dyadic dispute resolution negotiations. *Journal of personality and social psychology*, 93 (4), 614-631.

- Hunt, C. & Kernan, M. (2005). Framing negotiations in affective terms: Methodological and preliminary theoretical findings. *The international journal of conflict management*, 16 (2), 128-156.
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. (1ªed.). Lisboa: Edições ASA.
- Jesuino, J. (2003). *A negociação, estratégias e táticas* (3ª ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Kernick, D. (2006). Wanted-new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer?. *Family practice, international journal*, 23, 385-390.
- 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.
- Kim, P. & Fragale, A. (2005). Choosing the path to bargaining power: An empirical of batna's and contributions in negotiation. *Journal of applied psychology*, 90 (20), 373-381.
- Kray, L. & Haselhuhn, M. (2007). Implicit negotiation beliefs and performance: Experimental and longitudinal evidence. *Journal of personality and social psychology*, 93 (1), 49-64.
- Lewicki, J. et al. (2003). *Negotiation: Readings, exercises, and cases* (4ª Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26 (2), 367-371.
- Lopes, N. (2006). Equipas de Saúde: Uma perspectiva sociológica sobre o exercício profissional, *Re (habilitar)*, 3, 25-35.
- Martins, A.(2008). *O impacto da relação de confiança nas práticas de negociação em uma empresa do setor de serviços*. Tese de Mestrado profissional em Administração, apresentada às Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, Pedro Leopoldo.
- McIntyre, S. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*, 25 (2), 295-305.
- Mitrani, A., Dalziel, M. & Bernard, A. (1994). *Homens e competências: A gestão dos recursos humanos na europa*. Lisboa: Zénite Edições de Gestão, Lda.
- Monteiro, M. (2007). Processos de negociação de conflitos. In A. Caetano & J. Vala (Eds.), *Gestão de recursos humanos: Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.) (pp.151-191). Lisboa: editora RH.
- Mosterd, I. & Rutte, C. (2000). Effects of time pressure and accountability to constituents on negotiation. *The international journal of conflict management*, 11 (3), 227-247.
- Naquim, C. & Kurtzberg, T. (2009). Team negotiation and perceptions of trustworthiness: the whole versus the some of the partes. *American psychological association*, 13 (2), 133-150.

- Neves, J.G., Garrido, M. & Simões, E. (2006). *Manual de competências Pessoais, interpessoais e instrumentais: Teoria e prática*. (1ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Noronha, M. & Noronha, Z. (2002). *Do conflito à gestão e à decisão negociada*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Pentland, J. (2007). Thin slices of negotiation: Predicting outcomes from conversational dynamics within the first 5 minutes. *Journal of applied psychology*, 92 (3), 802-811.
- Pereira, A. & Poupá, C. (2008). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word* (4ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, M., Soares, V. & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, saúde & doenças*, 2 (2), 69-80.
- Pestana, H. (2008). *A Auto-Eficácia na Asma*. Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, apresentada ao ISCTE, Lisboa.
- Petrova, M., Dale, J. & Fulford, B.(2006). Values-based practice in primary care: Easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *British journal of general practice*, 56(530), 703-709.
- Quivy,R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*.(2ªed.) Lisboa: Gradiva.
- Ratzan, S. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health promotional international*, 16 (2), 207-214.
- Reto, L. & Nunes, F.(2001). Normas de elaboração de teses de mestrado, *Working Paper*, Indeg/ISCTE.
- Ricou, M. et al. (2004). A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psicologia, saúde e doenças*, 5 (2), 131-144.
- Rourke, J., Smith, L. & Brown, J. (1993). Patients, friends and relationship boundaries. *Canadian family physician*,30, 2557-1564.
- Saltman, D., Dea, N. & Kidd, M. (2006). Conflict management: A primer for doctor in training. *Postgrad med journal*, 82, 9-12.
- Sarfaty, S. et al. (2007). Negotiation in academic medicine: A necessary career skill. *Journal of women´s health*, 16 (2), 235-244.
- Say, R. E. & Thomson, R. (2003). The importance of patient preferences in treatment decisions: challenges for doctors. *BMJournal*, 327,(6), 542-545.
- Schei, V., Rognes, J. & Mykland, S. (2006) Thinking deeply may sometimes help: Cognitive motivation and role effects in negotiation. *Applied psychology: an international review*, 55 (1), 73-90.
- Silva, J. (2005). *Processos sociocognitivos na negociação*. Tese de Doutoramento no âmbito da Psicologia Social e das Organizações, Especialidade de Comportamento Organizacional apresentada ao ISCTE, Lisboa.

- Sousa, M. et al. (2006). *Gestão de recursos humanos-Métodos e práticas* (5ªed.) Lisboa: Lidel
- Steinel, W., Abele, A. & DeDreu, C. (2007). Effects of experience and advice on process and performance in negotiations. *Group processes & intergroup relations*, 10 (4), 533-550.
- Teixeira, J.(2004). Comunicação em saúde: Relação dos técnicos de saúde-utente. *Análise Psicológica* 22 (3), 615-620.
- Thompson, L. & DeHarpport, T. (1998). Relationships, goal incompatibility and communal orientation in negotiations. *Basic and applied social psychology*, 20 (1), 33-44.
- Thompson, L. (2008). A razão e o coração do negociador-Guia para negociar com sucesso (1ª ed.). Lisboa: Editora MONITOR.
- Thompson, L., Mannix, E. & Bazerman, M. (1988). Group negotiation: Effects of decision rule, agenda and aspiration. *Journal of personality and social psychology*, 54 (1), 86-95.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2004). A psicologia no plano nacional de intervenção integrada sobre determinantes de saúde relacionados com o estilo de vida e nas áreas prioritárias da região de saúde de Lisboa. *Análise Psicológica*, 22 (4), 779-786.
- Whitelaw, S. et al. (2001). ‘Settings’ based health promotion: A review. *Health promotional international*. 16 (4), 339-353.
- Ziglio, E., Hagard, S. & Griffiths, J. (2000). Health promotion development in Europe: Achievements and challenges. *Health promotional international*. 15 (2), 143-154.

6.2 Consultas de Legislação

- Decreto-lei nº 564/99, de 21 de Dezembro-Estatuto da Carreira dos Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.
- Decreto-lei nº 74/06, de 24 de Março-Adequação Processo de Bolonha.
- Decreto-lei nº28/08, de 22 de Fevereiro-Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde.
- Diário da República nº196, I Série B, Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro, Missão para os Cuidados de Saúde Primários-Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Janeiro de 2006.
- Portaria nº 276/ 2009 de 18 de Março-Agrupamentos de Centros de Saúde.
- Portaria nº 505-D/99, de 15 de Julho-Alteração dos cursos de Bacharelato a Licenciatura Bietápica.

6.3 Consultas na Internet

Portal do Instituto Nacional de Estatística. 01/11/2009

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

7. Anexos

7.1 Pedido de Autorização para realização do estudo

Cartaxo, 30 de Setembro de 2009

A/C Director Executivo do ACES Ribatejo-Lezíria I

Ex.^{mo} Sr.

Vanda Cristina Barrocas Varela, Terapeuta Ocupacional de 1^a classe a exercer funções no Centro de Saúde do Cartaxo (ACES do Ribatejo I), encontra-se a concluir o mestrado em gestão pelo ISCTE *Business School* em Lisboa. Como tal e de forma a realizar a tese final para conclusão do mesmo, pretendo desenvolver um estudo junto dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica deste Agrupamento (Total de 23 TDT), que tem por tema “ O uso da negociação como técnica de solução de conflitos junto dos utentes”. O título final ainda pode ser alterado, mas o contributo deste estudo é perceber de que forma o uso da negociação pode ajudar a minimizar os conflitos entre este grupo profissional e os utentes, bem como fazer sugestão de melhorias para os serviços.

Este estudo passará pela realização de entrevistas que serão realizadas por mim.

Por este motivo me dirijo a V. Ex.^a com o intuito de solicitar caso possível, o favor de me facultar:

- A relação numérica/categoria dos TDT deste ACES, de modo a perceber quais as profissões contempladas neste grupo profissional e respectivo número, pois sei apenas que somos 23;
- A respectiva autorização para que possa desenvolver o estudo, bem como se haverá algum inconveniente em eu mesma me dirigir aos colegas para assim o concretizar, ou se pretende fazer alguma informação para os mesmos.

Sem outro assunto me despeço, agradecendo desde já a preciosa colaboração.


Atenciosamente e aguardando resposta com a maior brevidade possível

Com os melhores cumprimentos,

A Terapeuta Ocupacional

Vanda Varela

7.2 Autorização para realizar o estudo


ARSLVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. ACES RIBATEJO		 Ministério da Saúde	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 0910.16 008010 </div>		Ex.m ^a Senhora Dr ^a Vanda Cristina Barrocas Varela Centro de Saúde do Cartaxo R. Progresso, n ^o 2 2070-085 CARTAXO	
Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Fax	30/09/2009	U.A.G. / S.I.	

Assunto: Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Relativamente ao exposto no seu fax de 30/09/2009 informa-se V.Ex^a que, por despacho de 30/09/2009 do Director Executivo deste Agrupamento de Centros de Saúde, foi autorizado que possa desenvolver o estudo junto dos TDT's dos respectivos Centros de Saúde.

Conforme solicitado, anexa-se listagem dos mesmos profissionais.

Com os melhores Cumprimentos,


Cristina Casanova
 Coordenadora da UAG

Anexos: 1 listagem de TDTs

(OF_AR_0911.V00)

Avenida José Saramago, 15-17 - Anúrio 221-2001-903 SANTARÉM - Telef: 243 300 700 - Fax: 243 328 773 - Mail: neral@erssantarem.minsauda.pt

7.3 Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA (30')

PARTE I – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo tem como principal objectivo conhecer se os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica a desenvolverem a sua actividade profissional no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria I do Ribatejo consideram que as competências em gestão de conflitos e negociação representam um factor crítico à modernização dos Centros de Saúde, nomeadamente no atendimento aos utentes.

Todas as questões devem ser pensadas/respondidas tendo em mente a relação TDT-utente no contexto de Centro de Saúde, preferencialmente onde está presentemente alocado.

PARTE II-FORMAÇÃO

- 1) No currículo escolar da sua formação base (Bacharelato e/ou Licenciatura) teve alguma disciplina que abordasse temas sobre gestão de conflitos e negociação?
 - a. Se sim, lembra-se do ano de curso e respectiva carga horária?
- 2) Já fez Formação Pós Graduada, Mestrado ou Doutoramento? Área/Universidade?
 - a. Essa formação pós-graduada tinha no currículo alguma disciplina que abordasse temas sobre gestão de conflitos e negociação?
- 3) Já fez algum curso, especialização ou outros em que um dos temas/tema central fosse Negociação?
 - a. Por sua conta ou através da entidade patronal?

PARTE III-GESTÃO DE CONFLITOS

- 4) De alguma forma pensa/prepara o atendimento ao utente de modo a evitar conflitos? Explique?
- 5) Na sua opinião qual(ais) a(as) principais razão(ões) pelas quais podem surgir conflitos na relação profissional entre os TDT e o utente no CS onde exerce profissionalmente?
- 6) No decorrer da sua actividade profissional no CS já vivenciou conflitos com utentes?
 - a. Se sim descreva uma situação? Como resolveu a situação?
 - b. Se respondeu não, porque acha que nunca surgiram?
- 7) Genericamente de que forma resolve os conflitos que possam surgir na relação com os utentes?

- 8) Quando há recorrência de conflitos faz ou tenta fazer as coisas de uma outra forma?

PARTE IV-COMPETÊNCIAS EM GESTÃO DE CONFLITOS E NEGOCIAÇÃO

- 9) O que é para si negociação?
- 10) Pense na sua prática profissional diária de relação directa com o utente. Que importância tem a negociação para a sua prática profissional? Exemplifique.
- 11) Mencione se as competências técnicas (inerentes ao exercício da sua profissão) são suficientes à interacção com o utente no decorrer da sua actividade profissional. Justifique.
- 12) Os TDT deste ACES por desenvolverem a sua actividade profissional em contexto de CS deveriam possuir (além de competências técnicas inerentes ao exercício da profissão), outro tipo de competências que ajudem na interacção profissional-utente? Justifique.

PARTE V-CARACTERÍSTICAS SITUACIONAIS NA NEGOCIAÇÃO

- 13) Na sua opinião, no contexto de CS que aspectos podem influenciar o resultado de uma negociação entre um TDT e um utente?
- 14) O tempo é um factor que pode influenciar a interacção e subsequentemente a negociação entre um TDT e o utente num CS?
- 15) O facto de ser elemento único na sua categoria no CS pode influenciar a negociação entre si e o utente?
- 16) O facto de interagir directamente com o utente (face a face) (com orientações dos seus superiores) é um aspecto que pode influenciar a negociação entre si e o utente?
- 17) A situação analisada na pergunta anterior confere ou tira poder negocial perante o utente?

7.4 Quadro Teórico

PARTE II	
(FORMAÇÃO-Perguntas 1 a 3)	
<i>OBJECTIVOS</i>	<i>PRESSUPOSTOS</i>
<p>Perceber se o grupo em estudo teve na sua formação base (bacharelato/licenciatura) ou posterior, formação sobre gestão de conflitos e negociação;</p> <p>Perceber a importância que o grupo do estudo dá à formação em gestão conflitos e negociação, para a sua prática profissional;</p> <p>Compreender o papel da formação em gestão de conflitos e negociação (caso tenham) para o exercício profissional, bem como para a interacção técnico-utente.</p>	<p>Formação universitária dos técnicos de saúde assenta predominantemente nos aspectos biomédicos, técnicos e assistenciais e tende a negligenciar aspectos como a comunicação em saúde, modelo biopsicossocial que lhes permitam gerir os aspectos mais pessoais da relação profissional de saúde/utente, que parecem ser imprescindíveis para a qualidade e a satisfação dos utentes com os serviços recebidos, minimizando falhas comunicacionais, negociais e de interacção. A comunicação é avaliada como item fulcral à gestão de conflitos e negociação com os utentes. É muito fácil existirem problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e o utente, mais que não seja por agendas diferentes. Reestruturação dos cursos num passado recente (1999), ano em que os Bacharelatos passaram a Licenciaturas, conferindo aos TDT formações diversificadas. Pressupõe-se até que alguns deles possam ter formação pós-graduada. O desenvolvimento/formação profissional são muito/devem ser muito valorizados no contexto de CS onde os TDT do ACES da Lezíria I exercem a sua actividade profissional, pois são cenários de constante mudança. Na reestruturação dos CS, prevista em 2006 pela MCSP, a área da formação foi definida como sendo prioritária.</p>

PARTE III	
(GESTÃO DE CONFLITOS-Perguntas 4 a 8)	
OBJECTIVOS	PRESSUPOSTOS
<p>Conhecer se o grupo dá importância/prepara procedimentos anteriores ao atendimento ao utente no Centro de Saúde de modo a evitar conflitos;</p> <p>Identificar as principais razões que o grupo menciona para o surgimento de conflitos com utentes no contexto do seu Centro de Saúde;</p> <p>Perceber de que forma o feedback/aprendizagem com situações de conflitos, levam a que o grupo altere a sua forma de interacção/relação com o utente;</p> <p>Identificar qual/quais as estratégias que o grupo elege para solucionar o conflito quando surge, no contexto do Centro de Saúde.</p>	<p>A preparação pode e deve constituir-se como uma competência chave para o sucesso da relação profissional entre o técnico e o utente.</p> <p>A gestão dos conflitos é um ponto crítico à efectividade das organizações na medida em que estes estão naturalmente presentes nos mais diversos contextos, nomeadamente o contexto da saúde. O conflito é sustentado pela interacção entre ambas as partes, em que pelo menos uma das partes percebe que a situação se caracteriza pela incompatibilidade de objectivos, metas, valores, e que tal pode dificultar ou inviabilizar o pretendido. A negociação assume-se fundamental de entre um leque de estratégias para uma gestão efectiva dos conflitos.</p> <p>A aprendizagem e o <i>feedback</i> são tidos como factores que podem melhorar futuras gestões de conflito e negociações.</p>

PARTE IV	
(COMPETÊNCIAS EM GESTÃO DE CONFLITOS E NEGOCIAÇÃO Perguntas 9 a 12)	
OBJECTIVOS	PRESSUPOSTOS
<p>Conhecer a concepção de negociação dos elementos do grupo;</p> <p>Perceber se o grupo perante mudanças que têm vindo a ser introduzidas pela MCSP, pensam modificar as suas competências pessoais/profissionais de modo a aperfeiçoar a interacção com o utente no Centro de Saúde;</p> <p>Saber se o grupo considera que as competências profissionais inerentes à sua profissão são suficientes para uma eficaz gestão de conflitos e negociação com o utente do Centro de Saúde;</p> <p>Conhecer se o grupo valoriza outro tipo de competências (que não as inerentes à profissão) na interacção com o utente no Centro de Saúde;</p> <p>Perceber se grupo concorda que as competências de comunicação em saúde podem ser fundamentais para a gestão de conflitos e negociação.</p>	<p>As empresas começam a criar estruturas organizacionais conciliadoras da excelência funcional, promovendo nos colaboradores comportamentos necessários à eficiência, partindo do princípio que as pessoas passam de entidades passivas a proactivas. Olhando este princípio e sabendo que estão previstas alterações no paradigma dos contextos de saúde, com consequentes alterações estruturais nomeadamente nos CS, leva a que uma adequada gestão de competências seja fundamental.</p> <p>Prevê-se o desenvolvimento de objectivos específicos que considerem desempenho individual e organizacional, bem como a obtenção de feedback.</p> <p>Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica, pois podem influenciar de modo significativo a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e a adesão terapêutica. Esta avaliação que os utentes fazem dos cuidados de saúde prestados, baseia-se essencialmente nas competências relacionais dos técnicos de saúde.</p> <p>São descritas como competências diferenciais ou <i>soft</i>, diferenciando-se das competências <i>hard</i>, enquanto características pessoais que habilitam o indivíduo para o desempenho de determinadas funções (capacidade liderança, trabalho de equipa, cooperação, autoconfiança, entre outras).</p>

PARTE V	
(CARACTERÍSTICAS SITUACIONAIS NA NEGOCIAÇÃO-Perguntas 13 a 17)	
OBJECTIVOS	PRESSUPOSTOS
<p>Perceber se na perspectiva do grupo, a parcimónia de recursos da mesma tipologia (no CS referência) é uma condição que pode fomentar o stress, solidão, propiciando conflitos com o utente;</p> <p>Analisar, a visão do grupo, face à influência de estarem em representação de um grupo de constituintes (superiores hierárquicos), com estruturas bem definidas, na gestão de conflitos e negociação com o utente do CS;</p> <p>Analisar a visão do grupo face à influência prazos/ factor tempo para a gestão de conflitos e negociação com o utente do CS;</p> <p>Verificar a visão do grupo quanto ao poder que sentem ou acham poder colocar na interacção/negociação com o utente</p>	<p>A negociação tem a ver com pessoas, relacionamento, comunicação, influência, confiança. Documentou-se com consistência a presença de constituintes, os incentivo e pagamentos, o poder, os prazos e a presença de uma terceira parte na negociação. São factores que fogem ao controlo dos negociadores.</p> <p>No que se refere ao factor tempo, as equipas de saúde estão cada vez menos disponíveis para dedicar tempo (tempo é dinheiro) aos cuidados. A pressão do tempo tem influência no estabelecimento de relações, no processo de uma negociação precipitando resultados e situações mal resolvidas. Provavelmente mais tempo para ouvir o outro, proporcionando a negociação poderá permitir a veiculação da mensagem com maior qualidade e nº de canais. Quando em representação de um grupo (constituintes) a pressão do tempo resulta numa interacção mais competitiva e num maior nº de impasses.</p> <p>O poder não é abstracto e absoluto, mas sim relativo e instável. Pode variar no decorrer de uma negociação, dependendo do momento e das circunstâncias, percepção que o grupo ou da parte têm desse poder, podendo torná-lo limitado ou nulo. Sobretudo em contexto organizacional, os negociadores actuam em nome de outrem a quem têm de prestar contas (constituintes), conferindo-lhe maior ou menor poder, podendo tornar difícil a gestão dos conflitos e a negociação.</p> <p>Considera-se o mundo dos cuidados de saúde regido por alguma incerteza, escassez e parcimónia de recursos, condições que podem fomentar o stress e propiciar os conflitos, podendo tornar difícil a gestão dos mesmos e respectiva negociação.</p>

7.5 Análise de Conteúdo Completa das Entrevistas

7.5.1 Formação base e formação pós-graduada

FORMAÇÃO BASE				
Bacharelato	Licenciatura Bietápica (faseada)	Licenciatura Bietápica (seguida)	Outra	Total
E1; E5; E7; E12;E19	E3;E4;E6;E9;E10;E13;E14;E15;E16;E17;E18	E8;E2	E12	
N=5	N=11	N=2	N=1	N=19
FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA				
Pós Graduação	Mestrado	Especialização	Outra	Total
E4;E6;E14;E15;E16;E17	E2	E16; E17	E5	
N=6	N=1	N=2	N=1	N=10

Fonte: Entrevistas

7.5.2 Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES REGISTO	OCORRÊNCIAS
Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na Relação com o Utente na formação Base	Bacharelato		0	
	Licenciatura Bietápica Faseada		0	
	Licenciatura Bietápica Seguida	Trabalho Grupo	1	E2
	Outra Formação para ser TDT		0	
Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na Relação com o Utente na Formação Pós Graduada	Pós Graduação		0	
	Mestrado		0	
	Especialização		0	
Outros Cursos com alguma Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na Relação com o Utente	Financiados por si		0	
	Financiados entidade patronal		0	
Cursos só com Formação Específica em Gestão de Conflitos e Negociação na Relação com o utente	Propostos por si		0	
	Propostos Entidade Patronal		0	
TOTAL			1	N=1

Fonte: Entrevistas

7.5.3 Formação Adjuvante em Gestão de Conflitos e Negociação

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
Formação Adjuvante à Gestão de Conflitos e Negociação na Formação Base	Bacharelato	Psicologia Geral	E6;E4	2
		Psicologia Aplicada	E6	1
		Psicossociologia		
		Preparação do ambiente; linguagem para fazer o atendimento da consulta	E5	1
		Sociologia		
	Licenciatura Bietápica Faseada	Bioética	E3;E6;E9	3
		Psicossociologia Organizações	E3;E6	2
		Psicossociologia da Saúde	E3;E9	2
		Psicopedagogia	E6	1
		Pedagogia	E9	1
	Licenciatura Bietápica Seguida	Psicologia Aplicada	E8	1
		Bioética	E8	1
		Psicossociologia Organizações		
		Psicossociologia da Saúde		
		Pedagogia		
Outra Formação para ser TDT				
			Sub-total	15
Formação Adjuvante à Gestão de Conflitos e Negociação na Formação Pós Graduada	Pós Graduação	Comunicação	E6	1
		Gestão da Saúde	E4	1
		Políticas de Administração	E4	1
		Relações Interpessoais	E4	1
	Mestrado			
Especialização	Comunicação e Forma de Atender	E14;E17	2	
			Sub-total	6
Outros Cursos com Formação Adjuvante à Gestão de Conflitos e Negociação	Financiados por si	Relações Interpessoais	E18; E19	2
	Financiados entidade patronal			0
				Sub-total
			TOTAL	23

Fonte: Entrevistas

7.5.4 Preparação e prevenção de situações de conflito

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
<i>Comunicação</i>	Explicar o porquê do não	E7; E9; E11; E12; E13; E14 E15; E18; E19	9
	Tom de voz	E1; E4; E5; E10; E11; E13;E14; E18; E19	9
	Explicar decisões e interesses	E4; E9; E13; E14; E15; E18	6
	Atenção	E1; E4; E10; E11; E19	5
	Expressão facial	E1; E11; E19	3
	Sub-Total		
<i>Horários</i>	Articulação com disponibilidades de ambos	E1; E3; E12; E16; E18; E19	6
	Cumpridos de parte a parte	E5; E7; E8; E9; E16; E19	6
	Explicar tempos de espera	E2; E3; E5; E7; E16; E18	5
	Explicar tempos de atraso	E2; E3; E7; E16; E18	5
	Tempo adequado às tarefas/actividades	E1; E6; E13	3
	Tempo de tolerância curto de parte a parte	E3; E8	2
Sub-Total			27
<i>Local</i>	Ambiente Organizado	E5; E6; E9; E10; E11; E12;	6
	Ambiente Limpo	E5; E9; E10; E11; E12;	5
	Saber a localização material necessário	E6; E9; E10; E12;	4
	Leitura prévia processos	E2; E19	2
Sub-Total			17
<i>Informação Escrita</i>	Afixada	E2; E4; E5; E8; E9; E11; E12; E14	8
	Em Mão	E5; E12; E13	3
	Colocada em diferentes locais do CS	E2; E4	2
Sub-Total			13
<i>Legislação</i>	Leitura Frequente	E14; E15; E16; E17; E18	5
	Pesquisa Frequente	E14; E15; E16; E17; E18	5
	Base dados da legislação actualizada	E18	1
Sub-Total			11
TOTAL			100

Fonte: Entrevistas

7.5.5 Razões para o surgimento de conflito

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
<i>Contexto de Proximidade</i>	Utente não ler as informações afixadas	E4;E6;E7;E9;E10;E11;E12;E13;E15; E17	10
	Utente não querer esperar	E5;E6;E8;E9;E10;E11;E13;E14;E18	9
	Face a Face	E4;E5;E6;E8; E12; E13;E14;E15;E18	9
	Utente tentar alterar Organização Trabalho	E5;E6;E8;E10;E12;E13;E16;E17;E18	9
	Atitudes face género e idade	E6; E8;E13;E14;E15;E7;E10;E16	8
	Abordagem em qualquer lado	E4; E5;E6;E7;E12;E17;E19	7
	Utente não aguardar a vez	E4;E6;E8;E12;E14;E15;E17	7
	Demasiada confiança por parte do utente	E4; E5;E6;E7;E13;E18	6
	Utente não bate porta gabinete e entra	E4;E5;E6;E12;E17	5
	Sub-Total	70	
<i>Interdependência de Funções</i>	Informações dadas	E3;E4;E5;E6;E7;E11;E12;E13;E14; E15;E16;E18	12
	Marcações	E1;E3;E4;E6;E7;E8;E14;E18;E19	9
	Cobrança de Taxas	E4;E6;E7;E8;E9;E11;E12;E14	8
	Atendimento Marcações+ Situações Urgentes	E4;E6;E7;E8;E9;E11;E12;E17	8
	Trabalho em vários locais com colegas diferentes, interferindo nas dinâmicas	E7;E2;E13;E18;E19	5
	Sub-Total	42	
<i>Interdependência de Recursos</i>	Falta de ajuda na organização do Serviço	E1;E2;E3;E6;E7;E10;E16;E18	8
	Facilidade no acesso ao profissional	E1;E3;E6;E13;E17;E19	6
	Não haver quem faça o atendimento entre marcações/intervenções	E2;E4;E5;E6;E10;E19	6
	Leva a maior tempo Espera Exames	E6;E7;E8;E10;E12	5
	Leva a maior tempo Espera Avaliações	E1;E3;E18;E19	4
	Leva a maior tempo Espera Atendimentos	E1;E3;E13;E19	4
	Não haver quem faça marcações	E2;E7;E10	3
	Sub-Total	36	
<i>Mudança</i>	Informações dadas aos utentes pelo Serviço	E2;E4;E5;E6;E7;E8;E10;E12;E13;E14;E15;E18;E19	13
	Mudança dos Actores das Funções	E4;E6;E7;E8;E10;E11;E12;E14;E15; E16	10
	Mudança de Espaços	E2;E4;E6;E7;E11;E14;E15	7
	Informações dadas aos utentes pelos meios comunicação social	E4;E5;E6;E11;E13	5
	Sub-Total	35	
<i>Comunicação Verbal</i>	A forma de falar do técnico	E1;E3;E4;E5;E7;E8;E9;E11;E12;E13;E14;E15;E17;E18;E19	15
	Tom de Voz do técnico	E1;E5;E7;E9;E10;E11;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E18;E19	14
	Sub-Total	29	
<i>Indefinição das Regras do Jogo</i>	Organização dos Serviços	E6;E7;E10;E11;E12;E13;E14;E15;E17	9
	Informações dadas aos utentes pelo Serviço	E2;E4;E7;E11;E13;E19	6
	Sinalização da localização dos serviços	E6;E7;E10;E11;E14;E15	6
	Sub-Total	21	
<i>Comunicação Não Verbal</i>	Expressão facial de parte a parte	E5;E7;E12;E13;E15;E16;E17;E18;E19	9
	Contacto visual de parte a parte	E6;E7;E10;E12;E17;E19	6
	Sub-Total	15	
TOTAL			248

Fonte: Entrevistas

7.5.6 Situações de “conflito” confirmadas pelos profissionais

CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
Por o utente já vir muito irritado	E5; E6; E7; E9; E10; E11; E12; E19	8
Sem razão aparente	E4; E6; E7; E8; E10; E11; E12; E19	8
Situação vivida no Centro de Saúde	E5; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E19	8
Parecerdes técnicos emitidos no âmbito da profissão	E6; E13; E14; E15; E16; E18	6
Situação vivida no Domicílio do utente	E18; E16; E13; E14; E15	5
Por não compreensão das regras do exame	E9; E10; E11; E12	4
Situação vivida ao telefone e só depois presencialmente	E4; E6	2
Disse uma opinião que não foi bem entendida	E4; E6	2
TOTAL		27
79% de respostas		

Fonte: Entrevistas

7.5.7 Modalidades Utilizadas nas Gestão dos Conflitos

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
<i>Colaboração</i>	Tónica no resultado	E1; E7; E11; E12; E14; E19	6
	Tónica processo de decisão	E2; E12; E14; E15	4
	Maximização dos resultados de ambas partes	E2; E11; E12; E19	4
	Integração diferentes posições	E2; E11; E19	3
	Solução conjunta	E11	1
	Sub-Total		18
<i>Inacção</i>	Evitamento do conflito	E1; E5; E7; E8; E13; E16	6
	Posição neutra	E5; E13; E14; E15; E16	5
	Percepção negativa do conflito	E1; E8	2
	Fraco interesse nos resultados de ambas as partes	E8; E9	2
	Sub-Total		15
<i>Cedência</i>	Acomodação aos interesses dos outros	E9; E10; E16	3
	Redução de exigências	E4; E6; E16	3
	Atenção focalizada nos interesses do adversário	E5; E10; E16	3
	Baixa preocupação com os próprios interesses	E8	1
	Baixa preocupação com os interesses dos outros	E6	1
	Submissão aos interesses dos outros	E6	1
	Sub-Total		12
<i>Disputa / dominação</i>	Maximização dos interesses próprios	E17; E7	2
	Tentativa de desistência do oponente	E17; E4	2
	Autoritarismo	E17	1
	Desinteresse pelos interesses dos outros	E6	1
	Sub-Total		6
<i>Compromisso</i>	Não há acordo	E3; E18	2
	Compromisso na solução rápida do problema	E3; E18	2
	Sub-Total		4
TOTAL			55

Fonte: Entrevistas

7.5.8 Importância que o grupo concede à Negociação

Que Importância tem a Negociação para a actividade profissional de interacção com o utente?		
CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
<i>Muitíssimo Importante</i>	E18	1
<i>Muito Importante</i>	E2; E4; E6; E7; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17; E19	12
<i>Importante</i>	E1; E3; E9; E10	4
<i>Nunca Pensei nisso</i>	E5; E8	2
<i>Não é Importante</i>		0
TOTAL		18

Fonte: Entrevistas

7.5.9 Características Universais da Negociação e do Processo Negocial

O que é para si Negociação?			
CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
<i>Elementos universais e estruturais de uma negociação</i>	Actores Negociais	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17; E18; E19	19
	Poder Negocial	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17	16
	Objecto Negocial	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E12; E13; E14	13
	Zonas de Acordo e não Acordo	E1; E3; E11; E13; E16; E18; E19	7
	Nível de Aspiração	E16; E17; E18	3
	Apostas Negociais	E1; E2; E8	3
	Pressão do Tempo	E1; E6; E7	3
	Contexto Negocial	E11; E19	2
	Estabelecimento <i>Batna</i>	E3; E18	2
	TOTAL		
<i>Processo Negocial</i>	Face a face	E11;E4;E3	3
	Divergências entre negociadores	E18;E13;E16	3
	Interesses Comuns	E11;E18;E11	3
	Capacidade Aceitação	E11;E1;E13	3
	TOTAL		

Fonte: Entrevistas

7.5.10 Aspectos situacionais da negociação referentes aos profissionais que têm um colega de profissão

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
<i>Bom</i>	Autonomia	E9; E10; E11; E12; E14; E15; E16	7
	Gestão de serviço	E9; E10; E11; E12; E14; E15; E16	7
	Poder negocial	E9; E10; E11; E12; E14; E15; E16	7
	Discussão de dúvidas	E11; E12; E14; E15; E16	5
	Entre ajuda	E11; E12; E14; E15; E16	5
	Gestão de decisões serviço	E14; E15; E16	3
	Trabalho em grupo	E14; E15; E16	3
	Gestão de horários	E10; E12	2
	TOTAL		39
<i>Mau</i>	Se não houver sintonia nas atitudes	E11; E12	2
	Se não existir articulação do serviço	E11; E12	2
	TOTAL		4

Fonte: Entrevistas

7.5.11 Aspectos situacionais da negociação referentes aos profissionais que são elementos únicos

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	OCORRÊNCIAS	UNIDADES REGISTO
<i>Bom</i>	Autonomia	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E13; E17;E18; E19;	12
	Gestão de serviço	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E13; E17;E18; E19	12
	Gestão de horários	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E13; E17;E18; E19	12
	Gestão de decisões serviço	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E13; E17;E18; E19	12
	Poder negocial	E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E13; E17;E18; E19	12
		TOTAL	60
<i>Mau</i>	Gestão de tempo	E1; E2; E4; E5; E6; E8; E13; E17;E18	9
	Gestão necessidades	E1; E2; E3; E4; E5; E7; E8; E17; E19	9
	Isolamento	E2; E6; E13; E18; E19	5
	No tirar duvidas	E2; E6; E18	3
	Stress	E6; E19	2
		TOTAL	28

Fonte: Entrevistas