



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

Sara Isabel Andrade Cabanas

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Anabela Antunes de Almeida
Co-orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco Craveiro de Sousa

Covilhã, outubro de 2017

Dedicatória

Ao Hugo, nos braços de quem me sinto plenamente em paz e segurança.

Ao nosso Filho, que desde a sua concepção, a importância da paz e segurança tomou proporções ainda maiores nas nossas vidas.

Aos meus Pais, pela sua parentalidade consciente.

Agradecimentos

Expresso a minha gratidão,

À Catarina Mateus,

À Sara Alves e à Inês Alves,

Ao Prof. Doutor António Nunes e ao Prof. Doutor Mário Franco,

À Prof. Doutora Anabela Almeida e ao Prof. Doutor Miguel Castelo Branco,

À Enfermeira Dora Saraiva e ao Prof. Doutor Pedro Cunha,

E a todos os Profissionais que responderam ao questionário.

BEM HAJAM!

“O difícil não é atacar outras pessoas. O difícil é olhar para dentro e aprender humildemente com as nossas experiências.

O difícil não é apontar o dedo ao outro, até quando pouco sabemos sobre as suas circunstâncias e motivações. O difícil é aceitar que os outros nos apontem o dedo a nós e manter curiosidade em relação a isso.

O difícil não é pedir padrões elevados aos outros. O difícil é mantermos padrões elevados a nós mesmos.

É difícil - e é aí que reside o nosso poder.”

Pedro Vieira

Resumo

A saúde é um cenário exigente de mudanças e sucessivas adaptações onde facilmente surgem diferenças e conflitos entre profissionais. Os conflitos geridos ineficazmente nas organizações de saúde reduzem a qualidade, comprometem a segurança e aumentam os custos dos cuidados de saúde prestados, secundarizando os objetivos de serem efetivos e eficientes. Assim, o objetivo geral deste estudo é investigar a relação entre os estilos de gestão de conflitos utilizados e o nível de clima de segurança do doente entre os profissionais de saúde. A investigação é quantitativa, transversal, descritiva e correlacional. A amostra é não probabilística accidental, constituída por 137 profissionais de saúde a exercer funções nos serviços clínicos do Hospital Pêro da Covilhã do CHCB. A aplicação do ROCI-II e do SAQ, permitiu a avaliação dos estilos de gestão de conflitos e as perceções de atitudes dos profissionais de saúde relacionadas com a segurança do doente, respetivamente.

Os resultados demonstram que, em todas as relações com o oponente, os profissionais optam preferencialmente pela colaboração, sendo a competição o estilo de gestão de conflitos o menos usual. Não foram verificadas diferenças nos estilos da gestão de conflitos utilizados em função da relação com o oponente. As atitudes são positivas face à segurança do doente, tendo sido verificado que os profissionais percecionam uma segurança menor na dimensão perceção da gestão e maior nas dimensões satisfação no trabalho e reconhecimento de stress. Os estilos de gestão de conflito e o nível do clima de segurança estão relacionados. Há associação das habilitações literárias e dos anos de serviço com os estilos de gestão de conflito. Todas as variáveis independentes ordinais apresentam associação com as perceções do clima de segurança. O género, o estado civil, o período de integração, a função e os anos de serviço, influenciam os estilos de gestão de conflito utilizados. A idade, o género, a escolha de serviço, o período de integração, a função, a área de atuação e os anos de serviço, têm influência nas perceções de atitudes dos profissionais relacionadas com a segurança do doente.

Palavras-chave

Conflito, Gestão de conflitos, Estilos de gestão de conflitos, Segurança do doente, Clima de segurança.

Índice

<i>Dedicatória</i>	<i>iii</i>
<i>Agradecimentos</i>	<i>v</i>
<i>Pensamento</i>	<i>vii</i>
<i>Resumo</i>	<i>ix</i>
<i>Índice</i>	<i>xi</i>
<i>Lista de Figuras</i>	<i>xv</i>
<i>Lista de Quadros</i>	<i>xvii</i>
<i>Lista de Tabelas</i>	<i>xix</i>
<i>Lista de Acrónimos</i>	<i>xxi</i>
Capítulo 1. Introdução	1
1.1 Contextualização e justificação do tema	1
1.2 Questões e objetivos da Investigação	4
1.3 Estrutura da dissertação	5
Capítulo 2. Enquadramento Teórico	7
2.1 Conflitos	7
2.1.1 Definição de conflitos	7
2.1.2 Causas de conflitos	9
2.1.3 Classificação de conflitos	12
2.1.7 Consequências de conflitos	14
2.2 Gestão de conflitos	16
2.2.1 Intervenções processual e estrutural	18
2.2.2 Estilos de gestão de conflitos	19
2.2.3 Fatores que influenciam os estilos de gestão de conflitos	23
2.2.4 Resultados dos estilos de gestão de conflitos	25
2.3 Segurança do doente e gestão de conflitos	27
2.3.1 Abordagem dos conflitos nas Unidades Hospitalares	29
Capítulo 3. Metodologia da Investigação	33
3.1 Tipo de estudo	33
3.2 Hipóteses de investigação	34
3.3 Operacionalização das variáveis	35
3.4 Desenho da investigação	35
3.5 População e amostra	36
3.5.1 Caracterização da amostra	37

3.6 Instrumento de recolha de dados	39
3.6.1 Pré-teste	41
3.7 Procedimentos formais e éticos	42
3.8 Procedimentos estatísticos	42
Capítulo 4. Análise e Discussão dos Resultados	45
4.1 Estudo de consistência interna dos instrumentos de medida	45
4.2 Análise descritiva	45
4.2.1 Caraterização dos estilos de gestão de conflitos	45
4.2.2 Caraterização do clima de segurança do doente	47
4.3 Análise correlacional	55
4.3.1 Associação entre estilos de gestão de conflitos e clima de segurança do doente	55
4.3.2 Associação entre as variáveis independentes ordinais e os estilos de gestão de conflitos	57
4.3.3 Associação entre as variáveis independentes ordinais e o clima de segurança do doente	58
4.4 Análise inferencial	59
4.4.1 Influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis dependentes	59
4.4.1 Influência das variáveis profissionais nas variáveis dependentes	66
4.5 Síntese dos resultados	70
Capítulo 5. Conclusão	73
5.1 Conclusões gerais	73
5.2 Pontos fortes, limitações e dificuldades	74
5.3 Recomendações e sugestões para futuras investigações	74
Bibliografia	78
Anexos	93
Anexo I - Questionário	95
Anexo II - Mensagem prévia à divulgação do questionário (Chefias)	107
Anexo III - Mensagem prévia à divulgação do questionário (Colaboradores)	111
Anexo IV - Divulgação do link relativo ao questionário na intranet	115
Anexo V - Autorização dos autores para aplicar o ROCI-II e o SAQ	119
Anexo VI - Autorização do Conselho de Administração do CHCB para realizar o estudo	123
Anexo VII - Autorização do Diretor Clínico do CHCB para realizar o estudo	127
Anexo VIII - Autorização da Comissão de Ética do CHCB realizar o estudo	131

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo bidimensional dos cinco estilos de gestão de conflitos	20
Figura 2 - Soluções típicas para um conflito envolvendo duas partes	26
Figura 3 - Modelo de análise da relação entre as variáveis de investigação	35

Lista de Quadros

Quadro 1 - Situações em que os estilos de gestão de conflitos são adequados e inadequados

22

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Informações sociodemográficas e profissionais dos participantes	37
Tabela 2 - Consistência interna dos instrumentos de medida	45
Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos estilos de gestão de conflitos em função do tipo de relação com o oponente	46
Tabela 4 - Frequência de respostas ao SAQ	48
Tabela 5 - Perceção do clima de segurança	50
Tabela 6 - Análise descritiva dos itens do SAQ	53
Tabela 7 - Análise descritiva das dimensões do SAQ	54
Tabela 8 - Correlação entre os estilos de gestão de conflitos e as perceções do clima de segurança	56
Tabela 9 - Correlação entre os estilos de gestão de conflitos e as variáveis sociodemográficas e profissionais	58
Tabela 10 - Correlação entre a perceção do clima de segurança e as variáveis sociodemográficas e profissionais	59
Tabela 11 - Influência da variável idade nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	59
Tabela 12 - Influência da variável género nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	61
Tabela 13 - Influência da variável estado civil nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	62
Tabela 14 - Influência da variável habilitações literárias nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	63
Tabela 15 - Influência da variável escolha de serviço nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	64
Tabela 16 - Influência da variável período de integração nos estilos de gestão de conflito e na perceção do clima de segurança	65
Tabela 17 - Influência da variável função nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	66
Tabela 18 - Influência da variável área de atuação nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	67
Tabela 19 - Influência da variável anos de serviço nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	68
Tabela 20 - Influência da variável colaboradores a cargo nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança	69

Lista de Acrónimos

APA	<i>American Psychology Association</i>
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
OMS	Organização Mundial de Saúde
ROCI-II	<i>Rahim Organizational Inventory-II</i>
SAQ	<i>Safety Attitudes Questionnaire</i>
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>

Capítulo 1

Introdução

1.1 Contextualização e justificação do tema

Uma organização é um sistema complexo, onde se interligam diferentes competências, conhecimentos, capacidades e atividades, cuja coordenação adequada depende do atingimento dos desígnios estabelecidos. A interação e interdependência entre os diferentes elementos que fazem parte da organização geram tendências para a ação, sendo constituída uma fonte potencial de conflito (Deutsch, 2003). Num cenário de globalização, é de esperar que a interdependência entre os envolvidos tenha importantes consequências nas dinâmicas dos profissionais, quer individualmente como em grupo. As sociedades cada vez mais permeáveis geram uma maior interdependência entre grupos e organizações, e o fenómeno conflitual é transformado em algo inteiramente estrutural das nossas vidas (Cunha & Leitão, 2016).

Paralelamente, também as organizações prestadoras de cuidados de saúde são sistemas complexos adaptativos, com grande importância humana, social e política, estando sujeitas a constantes desafios. A relevância crescente atribuída aos determinantes da saúde, torna a saúde uma área particularmente passível e atreita aos mais diversos tipos de conflito. Efetivamente, é oportuno assistir a um aumento de problemas e mudanças que têm efeito direto, muitas vezes negativo, nas experiências dos doentes e nas interações destes com a área dos cuidados de saúde (Landau & Borgonovi, 2008). Atualmente, o hospital é uma organização complexa, com uma estrutura altamente diferenciada, caracterizada por uma extensa especialização e divisão do trabalho. A fim de realizar as atividades a organização requer um alto grau de coordenação entre uma infinidade de profissões e profissionais através de um grande número de unidades. Uma interação bem coordenada entre os diferentes participantes no processo é de importância crítica para proporcionar tratamento de alta qualidade aos doentes. Esta ampla necessidade de coordenação é uma das principais causas de conflitos em que os profissionais têm de trabalhar para garantir a qualidade dos cuidados e reduzir os custos. (Skjørshammer, 2002). Portanto, os conflitos geridos ineficazmente nas organizações de saúde reduzem a qualidade, comprometem a segurança e aumentam os custos dos cuidados de saúde prestados, secundarizando os objetivos de serem efetivos e eficientes. Assim, é verificado um contexto particularmente propício para a gestão construtiva de conflitos, nomeadamente, a negociação, a mediação e a conciliação entre profissionais de saúde, utentes e familiares e outros envolvidos, de modo a atenuar os efeitos perversos destas conjunturas (Cunha, Meneses, & Oliveira, 2013).

Numa perspetiva construtiva, os conflitos são considerados inerentes à vida grupal e organizacional, podendo impulsionar a inovação e a criatividade dos comportamentos, atitudes e cognições, constituindo mesmo um processo decisivo no desenvolvimento das equipas de trabalho. Então, sendo o conflito um fenómeno inevitável, importa compreender e discernir o conflito como algo positivo para poder ser gerido eficazmente, eliminando as suas disfuncionalidades e maximizando os seus efeitos funcionais (Deutsch, 2003). O conflito em excesso pode ser muito prejudicial, mas pode ser importante em níveis razoáveis, dotando as organizações de uma maior capacidade de resposta aos novos desafios e adversidades que o desenvolvimento dita (Donohue, 2003). Assim, a gestão construtiva de conflitos nas organizações é um elemento essencial para a eficácia organizacional e fundamental para enfrentar os desafios atuais e futuros. O conflito, tido positivamente, é o catalisador da mudança e sem ela as organizações não sobrevivem (Robbins, 1978; Van de Vliert, 1997; Vincent, Taylor-Adams, & Stanhope, 1998). Tornando-se cada vez mais imprescindível para uma organização ser competitiva e viável, todos saberem como lidar com o conflito (Dimas, Lourenço, & Miguez, 2005).

Desta forma, também as organizações da saúde sentem, com cada vez mais premência, a necessidade dos seus colaboradores possuírem instrumentos eficazes para lidar com contendias, de forma a responderem à cada vez maior pluralidade de personalidades e de situações de divergência interpessoal e à necessidade imperiosa de construção da paz nos diferentes contextos que constituem a saúde (Cunha & Leitão, 2016; Platt, 2008). No entanto, apesar dos numerosos desafios com que se defrontam atualmente os profissionais de saúde, são poucos os entrosados com as competências e os processos necessários para lidar com os conflitos no seu ambiente de trabalho (Hekkers, 2006).

Além disso, a superação dos desafios colocados requer a correção dos desequilíbrios de poder e de conhecimentos entre doentes e profissionais da saúde e entre profissionais da saúde e gestores, de modo a que o sector possa beneficiar desse ajuste (Platt, 2008). Trata-se de um processo cultural em que a educação tem um papel muito importante, de modo a que os saberes científicos, organizacionais e experienciais se articulem devidamente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as unidades prestadoras de cuidados têm um ambiente próprio, recebem influências e influenciam os vários intervenientes que nelas atuam, sendo estes os mesmos agentes que contribuem para a formação da cultura da organização (World Health Organization, 2008). A existência de práticas funcionais para a gestão de conflitos poderá potenciar uma melhoria dos resultados nas disputas que ocorrem e desenvolver um ambiente organizacional mais saudável. A mudança cultural reclamada passa pela integração de aptidões de desenvolvimento, equipas colaborativas, estratégias de comunicação, lideranças esclarecidas, processos de gestão construtiva de conflitos e um maior diálogo entre as partes (Cunha & Leitão, 2016).

A implementação de uma cultura segurança do doente apresenta, o recurso inevitável à multidisciplinaridade, já que é necessário intervir simultaneamente nas características físicas do local de trabalho, nas políticas e procedimentos, na tecnologia de informação, no desenho de equipamentos e no comportamento individual e da equipa, tendo em conta ainda a participação ativa do doente na identificação de riscos e problemas nos cuidados (Pronovost et al., 2009). Neste âmbito, é crucial a gestão construtiva de conflitos que aposta numa mudança ao nível macro da organização, focalizando-se no conflito substantivo e minimizando o conflito afetivo ao nível individual, grupal, intergrupal e organizacional, o que implica alterações na liderança, cultura e estrutura da organização (Rahim, 2002)

Importa salientar que OMS, oriunda de um compromisso internacional de construção de segurança e paz global, tem vindo a promover o princípio de que o papel dos profissionais de saúde na prevenção e promoção da paz constitui o fator mais significativo para se alcançar uma saúde para todos (World Health Assembly, 1981). É defendido, portanto, que é imperativo adotar estratégias de construção de paz para assegurar ganhos duradouros no domínio da saúde, não esquecendo que esta é um direito fundamental a todos os seres humanos.

Em contraposição, é relevante atender que a abordagem tradicional de conflitos não questiona se a estrutura ou os processos organizacionais estão na origem de uma determinada situação litigiosa, procurando a sua resolução ou redução, através da uma atuação ao nível micro do sistema (Rahim, 2002). Contudo, não é possível equacionar um programa de gestão eficaz de conflitos se as questões das reações e das rotinas defensivas (caraterísticas da visão do antigo paradigma sobre intervenção em conflitos) não forem objeto de reconhecimento e de confrontação. As estratégias clássicas de gestão de conflito ainda muito presentes no contexto da saúde têm negligenciado estas importantes questões, o que tem conduzido a que as organizações não possuam, em muitos casos, uma cultura que desenvolva o processo de solução de problemas (Cunha et al., 2013). Sendo, atualmente, o conflito uma realidade ainda perturbadora no quotidiano organizacional (Dimas et al., 2005) e a cultura de segurança do doente uma prioridade a promover (Mendes & Barroso, 2014).

São inúmeros os artigos publicados em revistas científicas que abordam os conflitos e é rara a não inclusão de um capítulo sobre esta temática nos manuais dedicados às Ciências Organizacionais e à Gestão. Também no seio da comunidade empresarial o interesse pela problemática do conflito e da sua gestão tem crescido enormemente nos últimos anos, o que se encontra bem patente na crescente procura de formação neste domínio. Na realidade nacional têm surgido nos últimos 20 anos, várias tentativas para analisar o impacto dos conflitos nos mais diversos contextos, como organizacional, comercial, social e laboral. Contudo, o estudo da gestão de conflitos no nosso país é ainda reduzido (Dimas & Lourenço, 2011; Oliveira, 2015). Particularmente em relação à área da saúde, as investigações têm sido escassas, mas parece inquestionável, que o conhecimento sobre a forma como os conflitos são ou não geridos, permite, desde logo, uma melhoria das práticas profissionais e das relações interpessoais

(Oliveira, 2015). Os efeitos negativos de conflitos mal geridos nas organizações de cuidados de saúde exigem uma melhor compreensão da natureza dos conflitos no local de trabalho para permitir intervenções específicas. No entanto, as investigações que estudam os conflitos especificamente relacionados com os cuidados de saúde têm carecido de bases teóricas rigorosas e estruturas conceptuais claras (Paradis & Whitehead, 2015). Simultaneamente, também em Portugal existe pouca evidência científica no domínio da segurança e qualidade dos cuidados (Mendes & Barroso, 2014), e a informação sobre eventos adversos é ainda limitada e de difícil acesso (World Health Organization, 2010).

Assim, este estudo é considerado necessário porque: as relações de trabalho podem ser ameaçadas por conflitos interpessoais resultando em ambientes de trabalho insalubres e pobres resultados para o doente; as consequências do conflito interpessoal exigem que as organizações de saúde tenham diretrizes para gerir e mitigar conflitos; e é essencial avaliar a forma de lidar com os conflitos para desenvolver e implementar a gestão construtiva de conflitos.

1.2 Questões e objetivos da dissertação

Atendendo à dificuldade em conseguir lidar com o fenómeno conflito e considerando a inexistência de estudos que revelem com precisão a quantidade, o nível e os tipos de conflitos que deverão existir em ambiente organizacional, este trabalho procura enfatizar e valorizar esta temática na área da saúde, para apoiar a promoção da segurança do doente. É considerado um tema atual e pertinente, uma vez que, dada a conjuntura do país, é fundamental elevar a qualidade dos serviços prestados na área da saúde, apostando na eficiência, produtividade e competitividade. Com efeito é inevitável e prioritário a promoção da segurança do doente, podendo a gestão construtiva dos conflitos ser um contributo para o seu desenvolvimento.

Mediante a contextualização do tema e com base nas pesquisas efetuadas pelos diversos investigadores nesta área, é delineado o seguinte problema:

- Poderá a gestão construtiva de conflitos ser um instrumento de melhoria contínua da qualidade que, ao ser implementado, contribui para a promoção progressiva da segurança do doente nas Unidades de Saúde?

Assim, a realização deste estudo pretende contribuir para o esclarecimento das seguintes questões de investigação:

- Quais os estilos de gestão de conflitos utilizados pelos profissionais em função do tipo de relação com oponente?

- Quais as perceções de atitudes dos profissionais relacionadas com a segurança do doente?

- Qual é a relação existente entre os estilos de gestão de conflitos usados e o nível de clima de segurança do doente entre os profissionais?

- Que relação existe entre as características sociodemográficas e profissionais e os estilos de gestão de conflitos utilizados pelos profissionais?

- Que relação existe entre as características sociodemográficas e profissionais e o nível de clima de segurança do doente entre os profissionais?
- Qual a influência das características sociodemográficas nos estilos de gestão de conflitos utilizados e o no clima de segurança do doente entre os profissionais?
- Qual a influência das características profissionais nos estilos de gestão de conflitos utilizados e o no clima de segurança do doente entre os profissionais?

O Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) é a unidade de análise escolhida. É um hospital público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. É a estrutura responsável pelos cuidados hospitalares na região da Cova da Beira, abrangendo uma população de cerca de 100 mil habitantes dos concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e parte do concelho de Penamacor. É composto pelas unidades hospitalares: Hospital Pêro da Covilhã, na Covilhã e Hospital do Fundão, no Fundão. Esta instituição de referência nacional e internacional, está acreditada pela *Joint Commission International* desde março de 2010, possui diversas certificações pela *International Organization for Standardization 9001* e referência positiva de avaliação no processo do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) (Centro Hospitalar Cova da Beira, 2013). A preocupação com a garantia da qualidade é permanente e o desenvolvimento de uma cultura de segurança é assumido como indissociável da prestação de cuidados de saúde de excelência, pelo que se torna pertinente a realização deste estudo no referido contexto.

Assim, o objetivo geral deste estudo é investigar nos serviços clínicos do Hospital Pêro da Covilhã do Centro Hospitalar Cova da Beira, a relação entre os estilos de gestão de conflitos usados e o nível de clima de segurança do doente entre os profissionais.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar, hierarquizar e averiguar as diferenças dos estilos utilizados pelos profissionais para gerir os conflitos, em função do tipo de relação com o oponente.
- Avaliar o nível de clima de segurança entre os profissionais.
- Verificar a relação das características sociodemográficas e profissionais com os estilos de gestão de conflitos e o nível de clima de segurança dos participantes.
- Verificar a influência das características sociodemográficas e profissionais nos estilos de gestão de conflitos e no nível de clima de segurança dos participantes.

1.3 Estrutura da Dissertação

A dissertação está dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo integra a introdução, a qual contextualiza o tema, apontando a justificação da sua escolha, as questões, os objetivos e a estrutura da dissertação. O segundo capítulo denominado enquadramento teórico, desenvolve o assunto numa perspetiva teórica, onde é apresentada uma revisão da literatura sobre conflitos, gestão de conflitos e segurança do doente. No terceiro capítulo intitulado

metodologia da investigação são descritos os métodos e técnicas que guiam este estudo. O quarto capítulo é relativo à análise e discussão de resultados, onde estes são apresentados, analisados e discutidos a partir do tratamento estatístico dos dados recolhidos e do confronto com o referencial teórico identificado. No quinto capítulo são referidas as conclusões do estudo, salientando, também, os pontos fortes, as dificuldades e limitações do estudo, bem como, apresentadas as recomendações e sugestões para futuras investigações. No final é apresentada a bibliografia com base nas normas de referência da *American Psychological Association* (APA) (American Psychological Association, 2010), e ainda alguns anexos considerados pertinentes à realização deste estudo.

Capítulo 2

Enquadramento Teórico

2.1 Conflitos

2.1.1 Definição de conflitos

Embora seja geralmente aceite que o conflito é uma parte estrutural do ambiente de trabalho, resultado inevitável da interação e interdependência humana (Haumschild, Hertig, & Weber, 2015), importa esclarecer o que significa o conflito (Johansen, 2012). O conflito não tem uma simples definição, na medida em que vários autores apresentam diferentes perspetivas com enfoque em diferentes dimensões (McIntyre, 2007). As definições de conflito são profundas e plurais, sendo escasso o consenso (Cunha, Rego, Cunha, & Cardoso, 2007). No entanto, nenhuma conceptualização aparece, globalmente, como predominante (Lewicki, Weiss, & Lewin, 1992). Há uma multiplicidade de definições que mais do que traduzirem diferentes posições sobre este fenómeno convergem na forma como o conceptualizam (Dimas et al., 2005). O contributo comum é indicado pela importância que essas abordagens atribuem ao conflito na concretização de tarefas desenvolvimentais dos indivíduos, sendo que a sua expressão é um sinal visível da interdependência entre o funcionamento individual e interpessoal ao nível do desenvolvimento psicológico (Cunha & Leitão, 2016).

Numa visão simples, o conflito é como um encontro entre duas ou mais linhas de força, com direções convergentes, mas sentidos opostos, decorrendo deste encontro a necessidade de uma gestão eficaz da situação, de forma a se poder retirar algo de positivo da mesma (Martínez & Rodríguez, 1993 cit. por McIntyre, 2007; Paiva, Cunha, & Lourenço, 2011).

O conflito acontece quando pelo menos uma das partes envolvidas numa interação se consciencializa da existência de discrepâncias e/ou de desejos incompatíveis e irreconciliáveis entre as partes. O conflito é entendido como uma divergência de interesses percebida ou a crença de que as aspirações atuais das partes não podem ser alcançadas em simultâneo. Um conflito ocorre quando existem atividades incompatíveis: duas ações são incompatíveis quando a presença de uma inibe, obstrui, interfere ou, de alguma forma, torna a outra menos eficaz (Deutsch, 2003).

O conflito é definido como um processo que tem início quando uma parte percebe que outra parte a frustra ou vai frustrar em algo que deseja (K. W. Thomas, 1992). O conflito é um processo no qual um esforço é propositadamente desenvolvido por A no sentido de eliminar os esforços de B para alcançar um determinado objetivo através de alguma forma de bloqueio que

resulta na frustração de B (Robbins, 1996). O conflito é entendido como um processo interativo manifestado em incompatibilidade, discordância ou dissonância dentro ou entre entidades sociais, ou seja, entre indivíduos, grupos e organizações. O limiar do conflito, que é um dos elementos do conflito, indica que a incompatibilidade, discordância ou dissonância entre entidades sociais tem de ser significativa ou grave o suficiente antes que as partes tomem conhecimento e se envolvam em conflito (Rahim, 2001). O conflito é um processo dinâmico que ocorre entre indivíduos que experimentam reações emocionais negativas a desacordos percebidos e interferência com a realização de metas (Barki & Hartwick, 2004).

Uma análise cuidada das definições permite verificar a centralidade atribuída às ideias de incompatibilidade, divergência, obstrução de alcance de objetivos ou redução de eficácia (Dimas et al., 2005). Remetendo para a noção de competição que permite entender porque os conceitos de conflito e de competição, embora distintos, são várias vezes utilizados de forma indiscriminada na literatura e sobretudo na prática quotidiana. A competição implica uma oposição de objetivos entre as partes, de tal forma que a probabilidade de uma parte atingir um objetivo decresce quando a probabilidade da outra parte aumenta. O objetivo é vencer, derrotando o outro, que assume o estatuto de adversário ou opositor. Numa situação conflitual, pelo contrário, vencer pode significar ganhar em conjunto. O conflito pode emergir mesmo quando não existe uma incompatibilidade de interesses (Deutsch, 2003). A emergência de um conflito não está, então, dependente da existência de uma incompatibilidade de objetivos - a coexistência de ideias, opiniões, pontos de vista divergentes em relação a um mesmo alvo comum, pode tornar-se conflitual. No entanto, um conflito é mais que um desacordo, que uma discordância entre os membros de um grupo, uma vez que, implica um elevado envolvimento na situação, a emergência de uma certa intensidade de emoções e a percepção da existência de oposição e de tensão entre as partes. Portanto, o conflito é entendido adequadamente como uma divergência de perspetivas, percebida como geradora de tensão por pelo menos uma das partes envolvidas no processo conflitual, e que pode ou não ser traduzida numa incompatibilidade de objetivos (De Dreu, Weingart, & West, 2003).

Com o intuito de promover a assertividade e evitar a escalada irracional por parte dos envolvidos, importa diferenciar conflito e problema. Na sua origem, todos os conflitos têm, um ou mais problemas, mas nem todos os problemas têm, necessariamente, que confluir em conflitos. A resolução dos problemas (em geral, menos complexos e mais facilmente solúveis que os conflitos), poderá conduzir à redução de conflitos (situações de gestão mais difícil do que um mero problema) (Cunha & Leitão, 2016). Na realidade, a maior parte dos conflitos não são mais do que problemas que não foram convenientemente resolvidos e que são distorcidamente percecionados pelos envolvidos como uma ameaça pessoal, uma luta personalizada e de caráter estritamente individual (Oliveira, 2015).

A literatura também inclui várias formas de interações conflituosas, tais como *bullying*, *mobbing*, violência horizontal e comportamento disruptivo. Embora esses conceitos incluam

partes interdependentes com interesses, valores ou crenças opostas (semelhantes a conflitos), cada um desses comportamentos envolve a intenção de prejudicar a outra parte e origina sempre resultados negativos (Almost et al., 2016). Em contrapartida, se gerido eficazmente, o conflito pode produzir benefícios positivos. Portanto, esses comportamentos não foram incluídos nesta revisão.

O conflito não deve ser visto apenas como impulsionador de agressões, disputas ou ataques físicos, mas como um processo que começa na percepção de cada um e termina com a adoção de uma ação adequada e positiva (Nascimento & Sayed, 2002).

2.1.2 Causas de conflitos

O conflito é um processo complexo afetado por vários antecedentes subjacentes que influenciam o nível de conflito e a escolha do estilo de gestão de conflitos nas equipas de saúde, incluindo características individuais, condições interpessoais, conjunturas organizacionais (Almost, 2006; Cunha & Leitão, 2016; S. Kim et al., 2016) e fatores contextuais (Almost et al., 2016; Hepp et al., 2015). É essencial compreender o que causa o conflito e quais os fatores que escalam o conflito (Almost, 2006; Dewitty, Osborne, Friesen, & Rosenkranz, 2009; Giebels & Janssen, 2005), uma vez que, à medida que o processo de conflito continua ao longo do tempo, os efeitos alteram as causas originais ou geram novas. Essas novas causas, por sua vez, continuam a ativar o processo se não forem resolvidas (Wall & Callister, 1995).

Sendo o conflito causado por uma variedade de fatores, surge muitas vezes em torno de uma diversidade de personalidades, opiniões profissionais e percepções de poder (Haumschild et al., 2015). Tendo origem em aspetos relacionados com o respeito e reconhecimento interpessoal e interprofissional, protocolos de tratamento, alocação de recursos e alavancagem de recursos (Mills, 2002). As fontes de conflito mais frequentemente identificadas incluem falta de inteligência emocional, traços de personalidade, vários aspetos do ambiente de trabalho e do trabalho, ambiguidade de papéis, falta de apoio do gestor e colegas e má comunicação (Almost et al., 2016).

As características individuais como a inteligência emocional (capacidade de lidar eficazmente com os outros, interpretar as emoções dos outros, ter um controle positivo sobre as próprias emoções e aprender a agir em consonância) (Morrison, 2008), traços de personalidade, necessidades motivacionais (Barbuto Jr, Phipps, & Xu, 2010) e autoavaliação do papel central no conflito (Almost, 2010) foram frequentemente identificadas como antecedentes do conflito. Embora possa ser difícil mudar essas características, é importante compreender como as diferenças individuais são precursoras de conflitos (Wolff, Ratner, Robinson, Oliffe, & Hall, 2010). Especificamente, diferenças na personalidade, cultura, educação e valores podem ser alguns dos atributos mais importantes que influenciam a atitude e o comportamento. Os indivíduos devem reconhecer como a sua própria personalidade e necessidades motivacionais afetam o conflito (Almost et al., 2016). Assim, o foco em si mesmo sobre outros está enraizado

em tensões entre a preocupação consigo mesmo versus outra orientação. Isso envolve a escolha de um indivíduo para cuidar dos seus melhores interesses sobre os interesses dos outros (De Dreu & Nauta, 2009; Edmondson & Smith, 2006). A cedência ao esgotamento de recursos está ligada à redução na capacidade de um indivíduo usar o autocontrole para regular suas ações. Quando as restrições estão presentes nos recursos externos (pessoal, instalações, equipamentos) e internas (capacidade de absorver o stress), é perdida a capacidade de agir de forma socialmente aceitável, ou seja, sem ser irritado, agressivo, sarcástico ou defensivo (Kiefer & Barclay, 2012). A competência ou integridade subóptima decorre de percepções ou julgamentos negativos que os provedores podem fazer para a competência e os padrões profissionais dos outros. A competência é definida pela percepção de que um indivíduo possui habilidades técnicas e interpessoais necessárias para um trabalho. A integridade é definida pela percepção de que um indivíduo adere a um conjunto de princípios que o percetivo considera aceitável (P. H. Kim, Ferrin, Cooper, & Dirks, 2004).

Ao nível interpessoal, a função do gestor e a comunicação são identificadas como essenciais. O impacto do estilo de liderança do gestor, incluindo sua capacidade de atuar como mentor, difusor de conflito, o seu nível de respeito e atributos de apoio, ilustram um profundo impacto sobre a experiência de conflito entre profissionais de saúde (Almost, 2006). Assim, gestores engajados, demonstram liderança transformacional, atuam como modelos e têm expectativas claras de serem eficazes na mitigação e gestão de conflitos. Os gestores precisam de ter a percepção dos seus próprios comportamentos, realizar a prática reflexiva e fortalecer a sua própria inteligência emocional (Almost et al., 2016). O papel central da comunicação é também evidente, uma vez que, através de uma comunicação eficaz são aumentadas as habilidades de resolução de problemas. A comunicação exige que os indivíduos assumam a responsabilidade de contribuir para o conflito e vontade de encontrar soluções (Brown et al., 2011; Haumschild et al., 2015; Mallidi, 2015). A falta de comunicação é identificada como um dos principais contribuintes para os conflitos. Ao invés de simples falhas de comunicação, como não ouvir ou ouvir mal, são falhas de comunicação complexas que envolvem expectativas de papel pouco claras, compreensão incompatível de situações, falta de feedback oportuno ou transferência incompleta de informações (Duffy, Ganster, & Pagon, 2002). Além disso, as relações interpessoais são cruciais para a coesão da equipa e a estabilidade dessa coesão depende da confiança. Os colegas que confiam uns nos outros são menos propensos a interpretar mal comportamentos e mais propensos a dar a outra pessoa o benefício da dúvida em vez de saltar para conclusões sobre motivos e intenções (Cox, 2003; DeChurch & Marks, 2001), o que aumenta a sua capacidade de comunicar e trabalhar eficazmente (Jehn, Chadwick, & Thatcher, 1997; Sexton et al., 2006 a). O conflito deve ser gerido de uma maneira que não perturbe a capacidade de trabalhar com êxito e manter um relacionamento benéfico da perspectiva de todos. Esta necessidade é tornada ainda mais precária, à medida que são preparadas interações futuras por meio de ações passadas. Uma história passada de mostrar preocupação por outra pessoa em oposição a optar por exibir tensão aberta, influencia significativamente as

estratégias de comunicação e os comportamentos de resolução de conflitos adotados (Almost et al., 2016). Portanto, uma dinâmica tendenciosa de relacionamento pela anterior envolve a qualidade das interações anteriores que moldam ou distorcem a percepção de satisfação dos indivíduos, compromisso profissional, proximidade e confiança em relação aos colegas (Fletcher, Simpson, & Thomas, 2000). A desumanização dos colegas ocorre quando os indivíduos percebem uma pessoa ou grupo com falta de humanidade, como ignorar a individualidade de uma pessoa e impedir que outros mostrem compaixão em relação a um indivíduo ou grupo estigmatizado (Friedman, Tidd, Currall, & Tsai, 2000; Haslam & Loughnan, 2014; Leape et al., 2012). A hierarquia de poder nas organizações é baseada na aceitação e expectativas dos membros menos poderosos nas organizações de que o poder é distribuído de forma desigual, uma percepção que molda as respostas dos membros às situações de conflito (Janss, Rispens, Segers, & Jehn, 2012).

No âmbito contextual, os antecedentes mais frequentemente identificados emanam do ambiente de trabalho e do trabalho, incluindo burnout, falta de liderança em torno da coordenação dos cuidados, desrespeito entre os prestadores, alta carga de trabalho, falta de pessoal, sobrecarga de papéis, ambiguidade de papéis e falta de clareza em torno do escopo da prática (Almost, 2010; Hepp et al., 2015). Isso foi especialmente observado em configurações de cuidados de saúde. A resolução de conflitos também foi impedida quando os indivíduos pensavam que as suas preocupações eram desvalorizadas ou não incluídas no processo de tomada de decisão. Embora alguns desses fatores não possam ser eliminados, eles podem ser abordados por meio de estratégias criativas projetadas coletivamente pelas equipas. É importante o desenvolvimento de estruturas que promovam relacionamentos colaborativos e contribuições iguais nas decisões (Almost, 2010). Tentativas podem ser feitas para diminuir a ambiguidade de papéis através de descrições detalhadas de cargos e responsabilidades claras. Melhorar os fatores nos termos de emprego, como reduzir a quantidade de horas extras ou melhorar as oportunidades de carreira, pode impedir o início do conflito (De Raeve, Jansen, Van den Brandt, Vasse, & Kant, 2008).

Ao nível organizacional os principais fatores que contribuem para os conflitos incluem as dificuldades com a navegação e negociação dentro de estruturas organizacionais complexas que envolvem problemas com papéis e responsabilidades, tarefas, procedimentos, fluxo de trabalho ou restrições de recursos como falta de equipamento, pessoal ou instalações. Estes desafios são decorrentes da estrutura organizacional, incluindo a especialização de equipas, tarefas, hierarquias, objetivos, procedimentos e recursos (Bresman & Zellmer-Bruhn, 2013; De Wit, Greer, & Jehn, 2012). Atendendo também que o desrespeito às normas do grupo envolve comportamentos e crenças que contradizem o que os membros do grupo consideram como diretrizes institucionais estabelecidas. Essas normas são desenvolvidas através de interações entre os membros do grupo que, informalmente, concordam com eles como comportamentos aceitáveis e inaceitáveis (Ehrhart & Naumann, 2004). A considerar ainda que o efeito mais forte

da organização é a criação de interdependência entre os membros da equipa ou o grau em que cada um precisa do outro para realizar o seu trabalho. As equipas com baixos níveis de interdependência são menos afetadas pelos conflitos, enquanto aqueles com altos níveis de interdependência experimentam mais conflitos. Embora a interdependência seja um aspeto fundamental da equipa interdisciplinar, as estruturas que criam incentivos colaborativos e condições para o sucesso conjunto podem prevenir ou reduzir o conflito. Se a estrutura criar desequilíbrios de poder e a parte mais fraca resiste à influência mais forte ou vê o conflito como forma de aumentar seu poder, então o conflito resultará. A luta pela autonomia ocorre entre grupos diferenciados verticalmente. Isso é devido em parte à ausência de contato diário com os gestores para atuar como mentores ou mediadores, limites mal definidos entre departamentos ou disciplinas, mudanças organizacionais frequentes e pressões de tempo devido a dupla equipa, alta carga de trabalho ou horas extras (Almost, 2006).

Assim, em termos organizacionais um amplo conjunto de fatores podem estar na génese de um conflito: uma cultura organizacional caracterizada pelo confronto e desconfiança; existência de sistema incorretos de transmissão da informação (ruídos, ocultação, demoras, etc.); presença de ambiguidade e indefinição relativamente às responsabilidades e papéis de cada colaborador; inexistência de coordenação entre os diferentes níveis ou unidades da organização; incremento do grau de diferenciação intraorganizacional; aumento grau de interdependência entre colaboradores; existência de estilos de direção desapropriados ou ausência de competências de direção; presença de normas e regras inadequadas; existência de conflitos anteriores não resolvidos (Cunha & Leitão, 2016).

Outros aspetos poderão ser acrescentados aos mencionados, designadamente se se atender a toda a uma série de enviesamentos cognitivos e perceptivos que acontecem, com frequência, em situações de conflito (Cunha & Leitão, 2016).

2.1.3 Classificação de conflitos

A complexidade intrínseca ao conceito de conflito não se deve apenas à sua definição, mas também à sua categorização, podendo o conflito ser classificado em diferentes tipos e níveis.

É apropriado classificar os conflitos com base nas fontes ou condições antecedentes que levam ao conflito para uma compreensão adequada da sua natureza e implicações. Consequentemente, são considerados dez tipos de conflito: conflito afetivo, conflito substantivo, conflito de interesses, conflito de valores, conflito de objetivos, conflito realista versus não realista, conflito institucional versus não institucionalizado, conflito retributivo, conflito mal atribuído e conflito deslocado (Rahim, 2001).

Porém, várias pesquisas revelam três tipos de conflitos principais: os conflitos de relacionamento (afetivos), os conflitos de tarefa (substantivos) e os conflitos de processo (Jehn & Bendersky, 2003; Jehn & Mannix, 2001).

O conflito afetivo surge entre duas entidades sociais, quando ao tentar resolver um problema juntas, tornam-se conscientes de que os seus sentimentos e emoções, em relação a parte ou à totalidade do assunto, são incompatíveis (Rahim, 2001). Este tipo de conflito está relacionado com os aspetos afetivos e emocionais das relações interpessoais, envolvendo dinâmicas interpessoais tais como fricções de personalidade ou diferenças de normas, crenças e valores. Os conflitos afetivos são particularmente desafiadores nos cuidados de saúde devido a hierarquias de poder complexas e rígidas que podem desencorajar os prestadores de falarem (Rogers et al., 2011). Este tipo de conflito degrada a qualidade das relações e dificulta a circulação da informação, diminuindo, desta forma, o grau de identificação dos membros com o grupo e com as suas decisões (Amason e Sapienza, 1997 citado por Dimas et al., 2005).

O conflito substantivo engloba situações de tensão vividas no grupo, devido à presença de diferentes perspetivas em relação sobre o conteúdo das tarefas (Dimas, 2007; Jehn & Mannix, 2001). Este tipo de conflito é oriundo de desacordos sobre tarefas, políticas, ou outras questões relacionadas ao desenvolvimento de atividades organizacionais (Rahim, 2001). Os conflitos baseados em tarefas envolvem a eficiência do fluxo de trabalho e a qualidade dos cuidados, bem como as necessidades de equipamentos ou a conformidade com as políticas (S. Kim et al., 2016). Podem ser funcionais na medida em que melhoram a qualidade das decisões, aumentam a identificação individual com os resultados do grupo e elevam os níveis de satisfação dos seus membros (Dimas et al., 2005). O conflito de tarefas tem o potencial de criar efeitos positivos na produtividade e no desempenho da equipa (Simons & Peterson, 2000). Há pesquisas que também mostram que o conflito de tarefas normalmente produz conflitos de relacionamento (Jehn, 1995).

O conflito de processo está relacionado ao facto de como o trabalho é executado (Ferreira, 2007). O conflito de processo é centrado em desacordos sobre como realizar uma tarefa, quem é responsável por uma tarefa, ou a delegação de deveres e recursos (Jehn & Bendersky, 2003). Assim, os desentendimentos sobre o trabalho podem ser sobre como realizar ou abordar uma tarefa específica (processo) ou o conteúdo ou substância da tarefa em si (tarefa).

Ao considerar o nível em que o conflito ocorre, este pode ser classificado em seis níveis distintos segundo: conflito intrapessoal (ocorre dentro do indivíduo), conflito interpessoal (ocorre entre indivíduos e surge, sobretudo, devido a diferenças individuais, limitações de recursos e diferenciação de papéis), conflito intragrupal (surge no seio de um pequeno grupo), conflito intergrupalo (processa-se entre grupos distintos), conflito intraorganizacional (abrange a generalidade das partes da organização) e conflito interorganizacional (ocorre entre organizações) (Cunha et al., 2007).

Portanto, considerar o conflito um estado interativo não exclui as possibilidades do conflito intrapessoal. Assim, o conflito ocorre quando uma (ou duas) entidades sociais: é obrigada a exercer uma atividade que é incongruente com as suas necessidades ou interesses; detém preferências comportamentais, cuja satisfação é incompatível com a implementação das preferências de outra pessoa; quer um recurso mutuamente desejável que é escasso, de modo

que os desejos de todos podem não ser plenamente satisfeitos; possui atitudes, valores, habilidades e objetivos que são evidentes no seu comportamento, mas que são percebidos como exclusivos das atitudes, valores, habilidades e objetivos mantidos pelo(s) outro(s); tem preferências comportamentais parcialmente exclusivas em relação a ações conjuntas; e é interdependente no desempenho de funções ou atividades (Rahim, 2001).

Por outro lado, fornecer um clima social onde os membros da equipa se sintam seguros para trocar novas ideias uns com os outros fornece um ambiente para a inovação e a criação de conhecimento. Interpor o caos criativo é uma maneira de produzir flutuação, resultando em aprendizagem por intrusão. Este clima social e a redundância entre os membros da equipa representam a memória compartilhada da equipa. Contradições a essa memória resultam em flutuações de equipa, nas quais os membros da equipa precisam entender essa discrepância e criar novos conhecimentos para realinhar as suas percepções do novo conhecimento compartilhado da equipa com sua própria estrutura de conhecimento anterior. Esta discrepância é onde o conflito ocorre, e pode ser construtivo ou destrutivo. Os conflitos construtivos resultam quando os membros da equipa se concentram no seu conhecimento compartilhado para promover interações entre os membros da equipa. Essas interações agrupam os recursos entre os membros da equipa e ajudam a desenvolver o conhecimento não compartilhado que pode contribuir para resolver o problema. Quando as interações entre os membros da equipa não ocorrem ou são impedidas de ocorrer, o conflito destrutivo provavelmente ocorrerá. Essa falta de interação entre os membros da equipa impede o desenvolvimento de conhecimento não compartilhado, dificultando ainda mais as funções de criação de conhecimento da equipa. Esta destruição negativa geralmente leva os membros da equipa a contar com um membro da equipa, provavelmente o mais experiente, resultando numa decisão individual e não numa decisão baseada nos efeitos de todos os membros da equipa (Turner, 2016).

Assim, num processo de conflito destrutivo, os indivíduos competem, tentando derrotar outros e, em última instância, vencer. Num conflito construtivo, os indivíduos cooperam, estão interessados em alcançar um resultado agradável e manter a compreensão de sua interdependência em curso. Um processo cooperativo permite a comunicação aberta e honesta que possibilita uma descrição significativa e precisa do conflito. Os indivíduos podem combinar informações e reduzir mal-entendidos, confusão e desconfiança. Um processo cooperativo encoraja a busca de soluções mutuamente benéficas, porque as partes têm uma melhor compreensão das necessidades de cada um e da sua interdependência (Deutsch 1973 cit. por W. S. Kim, Nicotera, & McNulty, 2015).

2.1.4 Consequências de conflitos

É assumido que o conflito não é intrinsecamente positivo ou negativo. A distinção entre conflito construtivo e destrutivo reside na forma como o conflito é gerido para produzir resultados positivos ou negativos. Os resultados construtivos compreendem: inovação e crescimento;

melhoria da tomada de decisões; descoberta de soluções sinérgicas para problemas comuns; desempenho individual e de grupo melhorado; procura de novas abordagens por indivíduos e grupos. Os resultados de conflitos destrutivos abrangem: stress no trabalho, burnout e insatisfação; comunicação reduzida entre indivíduos e grupos; clima de desconfiança; relacionamentos danificados e desempenho reduzido. Esses resultados construtivos e destrutivos resultam de processos construtivos e destrutivos, respetivamente, e não da ocorrência natural e inevitável de um conflito em si (Deutsch 1973, Deutsch et al., 2011 cit. por W. S. Kim, Nicotera, & McNulty, 2015).

Embora a visão teórica dos conflitos contenha efeitos positivos e negativos do conflito, é verificada mais evidência empírica para os resultados negativos do que para os resultados positivos. Os conflitos resultam em consequências negativas para os doentes, prestadores e organizações (Almost, 2006; S. Kim et al., 2016; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). As consequências para os doentes incluem impactos negativos na segurança e na satisfação dos doentes (Azoulay et al., 2009; Catchpole et al., 2008; Christian et al., 2006; Rogers et al., 2011). Os prestadores compartilham consequências em torno do seu sucesso profissional, relacionamentos com os colegas, satisfação no trabalho, moral e bem-estar pessoal (S. Kim et al., 2016). A nível organizacional são descritas consequências no desempenho e produtividade (S. Kim et al., 2016).

Concomitantemente, diversos estudos mostram que conflitos afetivos e substantivos têm diferentes consequências. Os conflitos de relacionamento produzem reações emocionais negativas nos indivíduos como ansiedade, medo, desconfiança ou ressentimento (Bishop, 2004; Jehn, 1995), geram frustração, tensão e medo nos indivíduos de serem rejeitados por outros membros da equipa (Murnighan & Conlon, 1991), causam disfunção no trabalho em equipa, reduzem o compromisso em relação às decisões da equipa, diminuem o compromisso organizacional (Jehn, Northcraft, & Neale, 1999), aumentam os problemas de comunicação dentro dos membros da equipa, causam insatisfação no trabalho (Jehn, 1995; Jehn et al., 1997), e aumentam os níveis de stress (Friedman et al., 2000). Em contrapartida, as conclusões relativas ao conflito de tarefas não são tão definitivas. O conflito de tarefas tem sido associado a vários efeitos benéficos, como melhorar a qualidade de ideias e da inovação (Amason, 1996; West & Anderson, 1996), aumentar o debate construtivo (Jehn et al., 1999), facilitar o uso mais efetivo dos recursos, e levar a uma melhor prestação de serviços (Tjosvold, Dann, & Wong, 1992). No entanto, outros estudos mostram que o conflito de tarefas também pode ter efeitos prejudiciais ao diminuir a perceção dos indivíduos sobre o trabalho em equipa e a satisfação no trabalho (Jehn et al., 1997).

Por outro lado, embora altos níveis de conflito intenso e prolongado prejudiquem o desempenho individual e em equipa, níveis moderados de conflitos relacionados a tarefas podem ser benéficos ao mitigar a tomada de decisão do grupo tendenciosa e defeituosa (Brodbeck, Kerschreiter, Mojzisch, Frey, & Schulz-Hardt, 2002). Essas consequências positivas do conflito

tendem a acontecer especialmente quando o conflito de relacionamento está ausente (De Dreu & Weingart, 2003; Simons & Peterson, 2000), e quando os membros se envolvem no diálogo de resolução de problemas e, portanto, debatem de forma aberta as suas opiniões opostas (De Dreu & Weingart, 2003; Tjosvold, 1998). Alguns estudos mostram que, em certas ocasiões, o conflito pode aumentar a criatividade e a qualidade do trabalho em grupo (Amason, 1996) e melhorar a eficácia e o desenvolvimento organizacional (Eisenhardt & Schoonhoven, 2002).

Muitos dos impactos do conflito no local de trabalho são difíceis de quantificar, mas, no entanto, têm implicações financeiras significativas. As organizações facilmente são capazes de identificar os custos diretos dos conflitos. No entanto, os custos indiretos dos conflitos que existem nos cuidados de saúde estão ocultos e muitas vezes não são reconhecidos. Os custos diretos de conflito incluem: contencioso (por exemplo, honorários de advogados, depoimentos de testemunhos de especialistas, perda de tempo de trabalho, transcrições, produção de documentos); produtividade da gestão (tempo gasto na resolução de conflitos); treino de novos funcionários; tempo do doente; reivindicações de incapacidade/stress; indemnizações dos trabalhadores; multas regulatórias por incumprimento; perda de contratos; aumento do seguro; aumento de cuidados para doentes lesados; sabotagem, roubo, e danos às instalações. Os custos indiretos do conflito envolvem: efeitos na moral da equipa (por exemplo, motivação para mudanças organizacionais, relacionamentos no local de trabalho danificados, tensões em curso que levam a conflitos futuros); perda de oportunidades para expandir serviços; programas de satisfação do doente negligenciados; líderes ignorados; deterioração da condição do doente; reputação da organização e dos profissionais de saúde; publicidade negativa; maior incidência de comportamentos disruptivos; medo que leva à não divulgação e à repetição dos erros, não ocorrendo aprendizagem; e custos emocionais (Gerardi, 2004; Shin, 2013)

2.2 Gestão de conflitos

As formas de abordar o conflito incluem dois conceitos distintos: a resolução e a gestão. A resolução de conflitos pode ser entendida como a sua redução, eliminação ou extinção. A gestão de conflitos envolve o desenvolvimento de estratégias efetivas para minimizar disfunções e maximizar conflitos construtivos.

Existem razões para não abordar o conflito somente como intuito de o reduzir ou solucionar, fomentando uma resolução construtiva, uma vez que, minimizar apenas os conflitos seria como abdicar da construção do aprendizado ou até mesmo voltar atrás no processo de desenvolvimento organizacional. Assim, para muitos, se não para todos os conflitos, o necessário é encontrar uma maneira de os resolver construtivamente, sem eliminar as diferenças que muitas vezes provocam um resultado produtivo (Likert & Likert, 1980).

A alternativa proposta por vários autores contemporâneos a respeito do conflito organizacional é a sua gestão, uma vez que, o conflito intercedido com eficiência pode trazer bons retornos

aos gestores e consequências positivas às organizações (Rahim, 1986; K. W. Thomas, 1992). Quando tratado como integrante natural dos processos organizacionais, como os de mudança e inovação, o conflito pode ser utilizado, para assegurar cooperação entre grupos ou até mesmo fomentar um aumento de produtividade. O ponto fulcral respeitante ao conflito organizacional é a gestão do processo, ou seja, fazer tudo o que estiver ao alcance para garantir que os seus efeitos positivos sejam majorados, enquanto os negativos e potencialmente destrutivos, sejam anulados (Haumschild et al., 2015; W. S. Kim, Nicotera, & McNulty, 2015).

A abordagem construtiva dos conflitos, implica que deles se tenha a conceção de que podem ser, simultaneamente, portadores de aspetos positivos e negativos, de vantagens e de desvantagens. Admitindo que os conflitos são uma realidade de difícil gestão e com consequências muitas vezes demolidoras das relações humanas, acarretando riscos, nomeadamente: alterações dos canais de comunicação; aumento das distorções percetivas e dos prejuízos; fomento da polarização e da hostilidade; perda de autoconceito e autoimagem e redução do sentimento de eficácia; diminuição da motivação laboral; e perante a falta de cooperação, aumento do esforço, diminuição da capacidade de procurar outras perspetivas e perda de qualidade do trabalho. É preciso, todavia, destacar que os conflitos são mais do que um risco, uma vez que, se podem exprimir como oportunidades, principalmente: promovem a aprendizagem e a mudança e enfraquecem a resistência à inovação e à adaptação, estimulando, simultaneamente, a criatividade; ativam e fortalecem sentimentos de identidade grupal (lealdade e coesão); despertam a atenção para problemas que necessitam ser resolvidos; testam a balança do poder (relativamente aos recursos); criam oportunidades para o desenvolvimento de competências negociais, potenciando reconhecimento e a compreensão de diferentes pontos de vista; geram catarse (possibilita que se libertem tensões acumuladas); e representam um modo de colocar o antagonistas em contato, reforçando as relações quando é gerido de forma construtiva (Cunha & Leitão, 2016).

A abordagem tradicional de conflitos não questiona se a estrutura ou processos organizacionais estão na origem de uma determinada situação litigiosa, sendo esta resolvida ou reduzida, através de uma atuação ao nível micro do sistema (Rahim, 2002). As características principais deste antigo paradigma são o pensamento individual defensivo, as rotinas organizacionais defensivas e conseqüentemente dificuldade em produzir a solução de problemas (Cunha & Leitão, 2016). Entre as rotinas organizacionais defensivas são encontrados procedimentos, práticas e ações que previnem os colaboradores da organização de enfrentarem o embaraço ou a ameaça no local de trabalho, estando prevenidos igualmente de analisarem a natureza das causas desse embaraço ou ameaça (Cunha & Leitão, 2016). Os resultados dessas rotinas passam por tornar muito provável que indivíduos, grupos e organizações não detetem e corrijam erros que são embaraçosos e ameaçadores, dado que os cânones fundamentais são passar por cima dos erros e atuar como se nunca tivessem sido cometidos, tornar indiscutível o passar por cima e tornar a sua não discussão indiscutível (Argyris, 1999 cit. por Cunha & Leitão, 2016). Assim,

não é possível equacionar um programa de gestão eficaz de conflitos, enquanto as questões das reações e rotinas defensivas não forem objeto de reconhecimento e confrontação. As estratégias de gestão de conflito existentes têm negligenciado estes dois relevantes aspetos, o que tem conduzido a que as organizações não possuam uma cultura que instigue o processo de solução de problemas (Rahim, 2002).

A gestão construtiva e eficaz de conflitos investe numa mudança ao nível macro da organização, fomentando o conflito substantivo e minimizando o conflito afetivo ao nível individual, grupal, intergrupal e organizacional, o que implica alterações na liderança, cultura e estrutura da organização. Portanto, é necessário o desenvolvimento de estratégias de gestão de conflito de modo a alcançar a efetividade organizacional, tais como: desenvolver e manter níveis moderados de conflitos substantivos em tarefas não rotineiras; minimizar conflitos substantivos em tarefas rotineiras; minimizar conflitos afetivos em tarefas rotineiras e não rotineiras; possibilitar que os membros da organização selecionem e usem estilos de gestão de conflitos interpessoais de modo que várias situações de conflitos possam ser apropriadamente trabalhadas. É importante denotar, que os estilos de gestão de conflitos devem ser considerados numa abordagem contingencial, isto é, a sua seleção e utilização deve ser flexível de acordo com as situações e/ou fatores a serem tidos no contexto. Por conseguinte, um estilo é apropriado se conduzir à formulação ou solução eficaz de um problema (Rahim, 2002).

Por toda a diversidade na génese e conteúdo do conflito são muitas as dificuldades para a gestão construtiva do conflito. Entre os obstáculos mais comuns são encontrados os seguintes aspetos (independentes do contexto e do nível de conflitos): incapacidade de distinguir entre conflito e problema; subestimação e sobrestimação da capacidade de resolução do mesmo; erradas perceções interpessoais, e incapacidade para manter a comunicação; enriquecimento de posições e discussões sobre o passado; culpabilização da outra parte, sendo esta considerada como adversária; não-aceitação nem visualização de necessidades e interesses comuns; negação da negociação até que a outra parte reconheça o seu erro; ausência ou má utilização dos recursos; negação ao outro do seu direito a trocar (Cunha & Leitão, 2011).

Contudo, ter níveis manejáveis de conflito é um bom indicador da gestão efetiva e eficaz duma organização. A existência de níveis baixos de conflito deixa a organização vulnerável à estagnação, à tomada de decisões empobrecidas, mesmo à falta de eficácia, enquanto que possuir conflito em demasia encaminha a organização ao caos. Por ser necessário haver um certo nível de conflito para que a organização tenha níveis máximos e otimizados de eficácia é que a gestão do conflito se revela necessária, podendo passar pela negociação ou por outras estratégias, e não pela sua aparente eliminação (F. Carvalho, Neves, & Caetano, 2001).

2.2.1 Intervenções processual e estrutural

Se existir demasiado ou escasso conflito afetivo ou conflito substantivo excessivo ou, ainda, se os membros de uma organização, não estiverem a lidar com o conflito de modo eficaz, intervir

será necessário. Os objetivos das intervenções processual e estrutural é a redução, a potencialização ou a resolução de uma situação de metas ou interesses preferenciais divergentes entre duas ou mais partes envolvidas numa relação de interdependência (Cunha & Leitão, 2016).

A intervenção processual procura melhorar a eficácia organizacional mediante a mudança de intensidade dos conflitos afetivos e substantivos e dos estilos de gestão de conflito interpessoal. Possibilita aos indivíduos que integram a organização utilizarem eficazmente os diferentes estilos de gestão de conflitos contextualizados com a natureza das situações a enfrentar (Cunha, 2008; Cunha & Leitão, 2016).

A intervenção estrutural gere o conflito através da alteração das perceções da intensidade do conflito dos membros da organização em vários níveis (Rahim, 2002), modificando mecanismos como a diferenciação e integração, hierarquias, procedimentos, sistemas de recompensa, e outros (Cunha & Leitão, 2016).

2.2.2 Estilos de gestão de conflitos

Há várias formas de atuar perante uma determinada situação conflituosa, ou seja, é possível adotar diferentes estilos de gestão para lidar com o conflito. Os estilos são considerados estratégias básicas para gerir uma situação em que as partes atentam os seus interesses incompatíveis.

Identificar e conhecer o estilo pessoal arraigado ajudará de forma consciente a avaliar e mudar o estilo, se necessário, para atender às necessidades de uma determinada situação (Mallidi, 2015). Os estilos de gestão de conflitos influenciam o nível de conflito, ou seja, os indivíduos experimentam menos conflitos ao usarem a colaboração, a acomodação ou o compromisso (DeChurch & Marks, 2001; Friedman et al., 2000; Tabak & Koprak, 2007; Tjosvold, 2008). Em contraste, os indivíduos experimentam mais conflitos quando utilizam a competição ou o evitamento (Friedman et al., 2000; Tjosvold, 2008). Portanto, é importante incluir o estilo de gestão de conflitos ao examinar a gestão ou mitigação de conflitos.

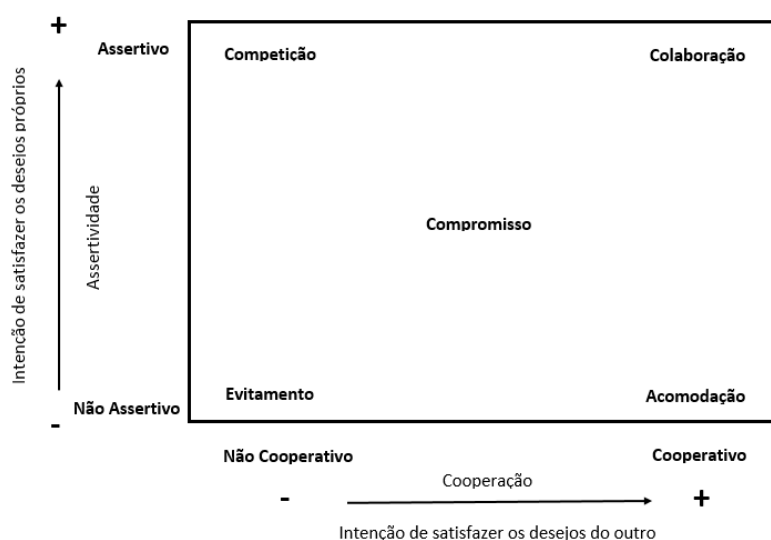
Os profissionais de saúde frequentemente empregam mais de um estilo de gestão de conflitos. Esta é uma habilidade importante, uma vez que, a gestão construtiva de conflitos requer a seleção do estilo adequado com base nas características do conflito. Embora a colaboração seja geralmente o método ideal de configuração de gestão de conflitos (Simpao, 2013), cada abordagem é única e deve ser usada com base no contexto situacional e na personalidade do opositor (Haumschild et al., 2015).

Até meados dos anos 60, conflito era apontado como indesejado e maléfico à organização e era defendida uma lógica de estrutura unidimensional (ex.: cooperação versus competição) como

forma de conceptualizar os estilos de gestão de conflito. Os modelos mais recentes substituíram a grelha unidimensional por uma grelha bidimensional.

O modelo bidimensional de Thomas e o de Rahim e Bonoma (Figura 1), distingue duas dimensões que caracterizam a intenção estratégica: uma dimensão traduz o grau em que cada uma das partes procura satisfazer os seus interesses, sendo designada por assertividade no modelo de Thomas e por preocupação consigo no modelo de Rahim e Bonoma; a outra dimensão reflete o grau em que cada uma das partes se preocupa ativamente com os interesses da outra parte e recebe a denominação de cooperação no modelo de Thomas e de preocupação com os outros no modelo de Rahim e Bonoma (Rahim & Bonoma, 1979; K. W. Thomas, 1992).

Figura 1. Modelo bidimensional dos cinco estilos de gestão de conflitos (Rahim & Bonoma, 1979)



Da combinação das duas orientações básicas, resultam cinco estilos de gestão de conflitos:

- **Evitamento** (baixa assertividade/preocupação consigo e baixa cooperação/preocupação com os outros): está relacionado com o ato de se afastar física ou mentalmente do conflito, talvez um assunto seja adiado até um momento mais apropriado, ou que simplesmente a pessoa se retire de uma situação ameaçadora. Esta abordagem é usada quando o problema não tem importância, quando não há uma possibilidade de ganhar, quando se necessita de tempo para recolher mais informação ou quando um desacordo pode ser oneroso ou perigoso. Essa pessoa falha na tentativa de satisfazer tanto os seus próprios desejos como os desejos da outra pessoa. Pode ser criado um conflito do tipo perder/perder, no qual nenhuma parte alcança aquilo que pretende e as razões do conflito permanecem intactas. Embora o conflito pareça desaparecer, na realidade ele emergirá futuramente (Rahim, 1986; K. W. Thomas, 1992).

- **Acomodação** (baixa assertividade/preocupação consigo e alta cooperação/preocupação com os outros): referente à adaptação do indivíduo aos interesses da outra parte, ou seja, pretende

minimizar as diferenças e focaliza o esforço de resolução do problema nas coisas comuns às partes, a fim de satisfazer as preocupações da outra pessoa. Normalmente, resulta na situação **perde/ganha** em prejuízo do próprio agente, uma vez que, a coexistência pacífica e o reconhecimento de interesses comuns são o seu objetivo. Funciona quando as pessoas sabem o que por parte dos gestores está errado, quando um assunto é muito importante para a outra pessoa, quando se pretende acumular créditos sociais para utilizar noutras situações ou quando manter a harmonia é o mais importante. Os interesses individuais são negligenciados pelo que, em certa medida, supõe um sacrifício para quem a adota, podendo incluir generosidade, bondade ou obediência às ordens da outra pessoa (Rahim, 1986; K. W. Thomas, 1992).

- **Competição** (alta assertividade/preocupação consigo e baixa cooperação/preocupação com os outros): é a utilização de táticas de poder para que a vitória seja alcançada. É baseado no emprego da agressividade e da dominação para a conquista de objetivos pessoais com sacrifício da preocupação em relação à outra parte. Pode significar defender os seus direitos e/ou uma posição que o sujeito acha que está correta. Também é usado quando uma ação decisiva deve ser rapidamente imposta e em situações importantes ou impopulares, em que a urgência ou emergência são necessárias ou indispensáveis. Se um gestor utiliza este estilo, é bem provável que esteja a aproveitar a sua posição de poder para impor a sua vontade aos subordinados e forçar a sua obediência. É uma estratégia de ganhar/perder que pode não atingir as causas profundas do conflito, havendo possibilidade de ocorrerem conflitos no futuro (Chiavenato, 1999).

- **Compromisso** (misto de assertividade/preocupação consigo e de cooperação/preocupação com os outros): busca de um meio-termo entre as demandas das partes, ou a demonstração de vontade para cederem alguns pontos com o objetivo de obter ganhos em outros. Ocorre quando as duas partes têm igual poder e ambos os lados querem reduzir as diferenças, ou quando as pessoas precisam de chegar a uma solução temporária sem pressão de tempo. A estratégia reflete um grau moderado de preocupação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, sem nenhum resultado claro, uma vez que, nenhuma parte fica totalmente satisfeita. Os antecedentes como base para futuros conflitos ficam mantidos (Rahim, 1986; K. W. Thomas, 1992).

- **Colaboração** (alta assertividade/preocupação consigo e alta cooperação/ preocupação com os outros): implica uma assertividade e colaboração entre as partes, ou seja, a troca de informação de uma maneira direta, aberta e honesta, um exame de diferenças com o fim de chegar a um acordo aceitável entre as duas partes. O foco deste estilo é a resolução de problemas, sendo o estilo mais eficaz de gestão de conflitos. É uma forma de ganhar/ganhar, no qual os assuntos são discutidos e resolvidos para benefício mútuo das partes em conflito. É alcançada através da confrontação dos assuntos e da vontade dos envolvidos em reconhecer o que está errado e que merece atenção. É utilizado quando os interesses de ambos os lados são importantes, quando os pontos de vista das partes podem ser combinados para uma solução

mais ampla e quando o compromisso requer consenso. Procura soluções criativas para os problemas (Chiavenato, 1999).

Importa mencionar que cada estilo de gestão de conflitos é apropriado em função das circunstâncias que se apresentam, na medida em que cada situação é única e requer uma resposta específica (Dimas & Lourenço, 2011; Van de Vliert, Nauta, Giebels, & Janssen, 1999), ou seja, uma estratégia que é altamente eficaz numa situação pode ser ineficaz noutras, pelo que é essencial conhecer as condições em que cada uma delas é mais apropriada (Dimas, 2007; Dimas et al., 2005) (Quadro 1).

Quadro 1. Situações em que os estilos de gestão de conflitos são adequados e inadequados (Adaptado de Rahim, 1992 por Dimas, 2007)

ESTILO DE GESTÃO DE CONFLITOS	Situações onde é adequado	Situações onde não é adequado
Colaboração	Assuntos complexos. Síntese de ideias é necessária para obter melhores soluções. É necessário o envolvimento das partes para que a implementação seja bem-sucedida. Existe disponibilidade de tempo para a resolução do problema. Uma das partes não pode resolver sozinha o problema. São necessários os recursos de ambas as partes para a resolução dos problemas comuns.	As tarefas e/ou os problemas são simples. É necessária uma decisão rápida. A outra parte não está preocupada com o resultado. A outra parte não tem competências para resolver o problema.
Acomodação	O próprio acredita poder estar errado. O assunto é mais importante para a outra parte. Ceder agora pode significar ganhar créditos para situações futuras. O próprio parte de uma posição inferior. Manter o relacionamento é importante.	O assunto é importante para o próprio. O próprio acredita ter razão. A outra parte está errada ou não atua de forma ética.
Competição	O assunto é trivial. É necessária uma decisão rápida. É necessário implementar uma ação impopular. É necessário controlar um subordinado assertivo. Uma decisão desfavorável da outra parte pode representar um custo elevado para o próprio. Os subordinados não têm competências técnicas para tomar decisões. O assunto é importante para si.	O assunto é complexo. O assunto não é importante para o próprio. Ambas as partes possuem o mesmo poder. Não é necessária uma decisão rápida. Os subordinados possuem elevada competência.
Evitamento	O assunto é trivial. O efeito disfuncional de confrontar a outra parte é mais preponderante do que os eventuais benefícios da resolução. É necessário tempo para deixar os ânimos arrefecerem.	O assunto é importante para o próprio. É da responsabilidade do próprio a tomada de decisão. O assunto necessita de ser resolvido urgentemente. O assunto necessita de uma atenção imediata.
Compromisso	Os objetivos das partes são mutuamente exclusivos. As partes têm poder idêntico. Não é possível chegar a um consenso. A estratégia integrativa e de domínio não são eficazes. É necessária uma solução temporária para um problema complexo.	Uma das partes tem maior poder. O problema é complexo e necessita de uma abordagem integrativa.

No que concerne às vantagens e desvantagens dos cinco estilos de gestão de conflito é possível referir que o evitamento apresenta economia de tempo e possibilidade em estancar a escalada do conflito, todavia representa uma solução provisória que não ataca o problema subjacente.

A acomodação permite o encorajamento da cooperação futura, mas fracassa em lidar com o problema subjacente e pode levar a outra parte a fazer exigências crescentes. Relativamente à competição esta incute rapidez, pode estimular a criatividade e energizar pessoas, mas leva ao ressentimento do perdedor e dificulta negociações posteriores. No que diz respeito ao compromisso este possibilita soluções rápidas e a democraticidade inerente não gera perdedores únicos, contudo, nenhuma das partes fica satisfeita, para além de inviabilizar soluções criativas. Por fim, a colaboração permite que as partes lidem com o problema e não com os sintomas, assim como trabalhem com os interesses e não com as posições, apresentando como desvantagem o excessivo de tempo que requer (Cunha et al., 2007).

2.2.3 Fatores que influenciam os estilos de gestão de conflitos

As orientações estratégicas e os comportamentos adotados por um indivíduo dependem das suas características de personalidade, de fatores culturais, das experiências em situações de conflito, das suas expectativas, da relação com o oponente, das características da situação, das suas crenças acerca da interdependência entre si e a contraparte, das suas capacidades cognitivas e das intenções e comportamentos da contraparte (Cunha et al., 2007)

As estratégias de gestão de conflitos e as circunstâncias que levam à utilização discriminada de cada uma, têm sido objeto de investigação nas mais variadas matérias. Contudo, os resultados apresentados nem sempre coincidem numa posição consensual. Embora a evidência científica não seja abundante, é sugerida a possibilidade da existência de diferenças.

Foram percebidas diferenças significativas nos estilos da gestão de conflito utilizados pelos chefes, subordinados ou colegas, tendo sido concluído que o relacionamento hierárquico condicionava o estilo utilizado pelo envolvido no conflito. Ou seja, os gestores recorreram a estilos diferentes de atuação conforme a pessoa com quem estavam a interagir. Estudos concluíram que os gestores utilizavam mais o compromisso com os colegas e a competição com os seus subordinados e com os chefes (Phillips & Cheston, 1979). Outro estudo revelou que os gestores utilizavam predominantemente a colaboração com os subordinados, a acomodação com os chefes e o compromisso com os colegas. Os indivíduos de nível hierárquico inferior usavam com maior frequência os estilos acomodação e evitamento (Rahim, 1986). Um estudo que obteve os resultados semelhantes, mostrou que os subordinados, ao avaliar os chefes, indicaram que estes últimos utilizavam mais o estilo de evitamento com eles do que qualquer outro estilo, constatação que se revelou algo inesperada (McIntyre, 1991). Mais resultados mostraram que os sujeitos adotam preferencialmente a competição na relação com subordinados, e escassamente usam este mesmo estilo na relação quer com os colegas quer com os chefes; existe maior tendência ao compromisso na presença de uma relação equitativa de poder e; os indivíduos têm maior probabilidade em adotar a acomodação quando confrontados com um superior do que com um colega ou subordinado (C.-W. Lee, 1990; Phillips & Cheston, 1979; Rahim, 1983a, 1986). Outros estudos verificaram que a acomodação é mais

utilizada com os superiores do que com os subordinados e há maior tendência para o compromisso com os colegas do que com os subordinados (Cunha, Silva, & Moreira, 2003; Munduate, Ganaza, & Alcaide, 1993).

Foi mostrado ainda que os estilos colaboração, compromisso e acomodação são mais favoráveis a uma melhor aceitação por parte dos subordinados a técnicas de supervisão, e a competição e o evitamento menos favoráveis (Rahim & Buntzman, 1989). Foi também verificado que os gestores com um nível elevado de poder tendem a ser mais cooperativos, enquanto que à medida que diminui o nível de poder os gestores tendem a ser mais competitivos (Watson & Hoffman, 1996). Os indivíduos utilizam mais evitamento com os colegas do que com os subordinados e menos estratégias de compromisso com os subordinados do que com os superiores (Holt & DeVore, 2005).

Investigações revelaram a não existência de diferenças significativas entre os grupos etários e a adoção de um determinado estilo de gestão de conflito (Franque, 2006; Torres & Cunha, 2014), ou seja, a idade não é um fator que influencie o estilo de gestão de conflitos (Silva, 2012).

Alguns estudos demonstraram que as habilitações literárias não exercem qualquer diferenciação com relevância estatística sobre a estratégia de gestão de conflitos adotada pelos sujeitos (Torres & Cunha, 2014), ou seja, escolaridades diferentes apresentam orientações semelhantes perante a necessidade de gerir um conflito (Cunha et al., 2003). No entanto, estudos reportam que os indivíduos de maior nível académico utilizavam menos o evitamento e mais a competição do que os que têm menor nível académico, ou seja, os sujeitos tendem a ser mais competitivos e menos evitativos à medida que tem um maior nível educacional (Rahim, 1985, 1986). Por outro lado, também foi constatado que o uso da colaboração desce com a diminuição do nível de escolaridade (Konovsky, Jaster & McDonald, 1989 cit. por Munduate et al., 1993). Mais recentemente, foi constatado que os detentores de maiores habilitações académicas (licenciatura, mestrado e doutoramento) eram os mais eficazes em negociação (R. Moreira, 2010).

Investigações revelaram não existir relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e os estilos de gestão de conflitos adotados (Franque, 2006; Torres & Cunha, 2014).

Os resultados dos estudos são contraditórios relativamente ao género, alguns mostram que homens e mulheres utilizam diferentes abordagens para o conflito, enquanto outros não encontram diferenças mensuráveis entre os géneros. Assim, foi verificado que quer os homens como as mulheres partilham de uma posição muito semelhante face à gestão de conflitos, isto é, há estudos que não encontraram diferenças significativas em função do género (Cunha et al., 2003; McIntyre, 2007; Munduate et al., 1993). Contrariamente, foram encontradas

diferenças significativas para o estilo evitamento, havendo uma maior tendência para o evitamento por parte género feminino (Cunha, 2008; Rego & Jesuíno, 2002; Torres & Cunha, 2014). Há evidência de que as mulheres preferem utilizar estratégias de acomodação e compromisso, enquanto os homens privilegiam o uso de estratégias competitivas (Holt & DeVore, 2005). Foi constatado também que as mulheres utilizam os estilos de gestão do conflito pela seguinte ordem de escolha: colaboração, compromisso, acomodação, evitamento e competição; e os homens: colaboração, compromisso, acomodação, competição e evitamento. Contudo, homens e mulheres classificam preferencialmente os mesmos três estilos de gestão de conflitos (colaboração, compromisso e acomodação) (Sutschek, 2002).

Em relação ao estado civil, foram encontradas diferenças significativas ao nível do estilo compromisso e competição, evidenciando uma maior utilização do compromisso por parte dos casados e uma maior utilização da competição por parte dos divorciados (Torres & Cunha, 2014).

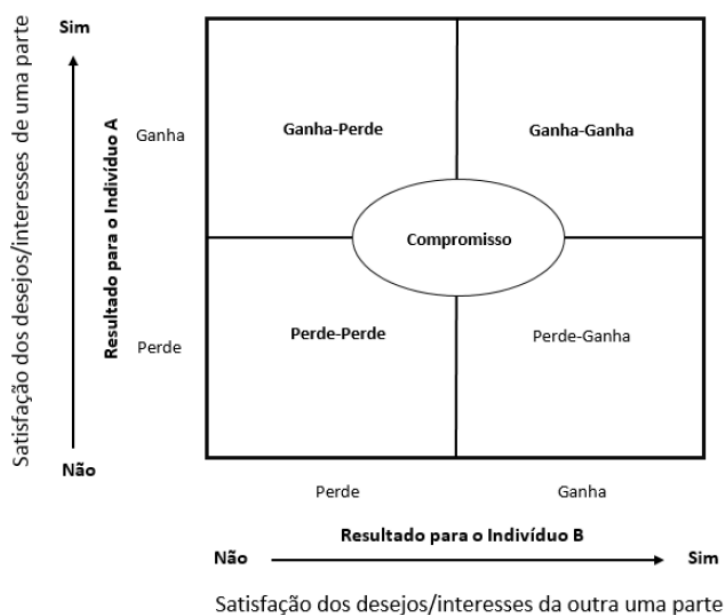
Foi apurado, relativamente a ter ou não colaboradores a cargo, isto é, ser ou não líder de equipa, que as estratégias compromisso e acomodação estão mais patentes nos líderes de equipa (os indivíduos com dependentes a seu cargo evidenciam mais o estilo compromisso do que os indivíduos que não tem pessoas a seu cargo na organização) (Torres & Cunha, 2014).

Em relação à função desempenhada em meio hospitalar, foi constatado que os profissionais de saúde utilizam mais do que um estilo de gestão de conflitos. O que é importante para tornar oportuno selecionar o estilo adequado com base nas características do conflito (Simpao, 2013). A colaboração é o estilo mais adotado pelos enfermeiros em Portugal (Franque, 2006; Silva, 2012). Os enfermeiros espanhóis preferem usar os estilos de gestão de conflitos pela seguinte ordem: compromisso, competição, evitamento, acomodação e colaboração (Iglesias & Vallejo, 2012).

2.2.4 Resultados

Os conflitos poderão produzir quatro resultados distintos, dependendo das abordagens utilizadas pelos envolvidos. Podem ser obtidos resultados de perda-perda, quando nenhuma das partes vê os seus interesses satisfeitos; vitórias totais de uma parte sobre a outra e correlativa derrota do oponente; soluções intermédias, quando há satisfação parcial dos interesses de ambas as partes e soluções integrativas sempre que há satisfação dos interesses mútuos (Cunha et al., 2007). O penta-modelo pode igualmente ser aplicado, embora com os devidos ajustes aos modos de resolução de conflitos (Figura 2).

Figura 2. Soluções típicas para um conflito envolvendo duas partes (Adaptado de Thomas, 1992 por Cunha et al., 2007)



Qualquer uma das estratégias pode ser eficaz perante a intenção de ganhar ou perder. A colaboração parece ser aquela que produz melhores resultados para ambas as partes a longo prazo, sendo esta a abordagem de resolução, uma vez que, lida com as diferenças básicas envolvidas e por meio de uma resolução criativa de problemas são, eventualmente, removidas. Assim, é favorecida uma perspectiva do conflito recente como produtivo, já que ambas as partes obtêm ganhos e a percepção dos participantes do processo é de apoio mútuo entre as partes em que a resolução de problemas e a colaboração ajudarão a integrar as suas posições (Cunha et al., 2007; Newstrom, 2008).

Na maioria dos casos, se um empregado desafia um gestor sobre uma situação e não há espaço para negociação, o gestor vencerá o conflito. O conflito pode ser resolvido, mas o resultado ganha-perde pode criar animosidade entre os funcionários e levar ao evitamento de situações conflituantes, mesmo quando estes tiverem ideias para a melhoria. Os conflitos que terminam em situação de perde-perde podem ser os mais perigosos para uma organização. Nem o gestor nem o empregado ficam satisfeitos, e há uma alta probabilidade de o conflito ocorrer novamente e agravar ao longo do tempo. O final mais desejável para o conflito é o resultado ganha-ganha que ocorre quando um gestor entende o plano de fundo para o conflito e ambos os lados colaboram para determinar como cada lado pode satisfazer as suas necessidades. O trabalho conjunto por meio da comunicação pode levar a resultados satisfatórios (Haumschild et al., 2015).

2.3 Segurança do doente e gestão de conflitos

Num contexto de preocupação global sobre a segurança dos doentes, considerado mundialmente um grave problema de saúde pública e representando um pesado encargo económico para os recursos de saúde limitados, os avanços na investigação desta problemática são de extrema importância (Conselho da União Europeia, 2009). A evidência e as organizações científicas e internacionais recomendam a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes (Diário da República, 2015a).

A cultura de segurança e o clima de segurança são dois termos usados, muitas vezes, como sinónimos, porém, são conceitos complementares, mas independentes. Sendo, segundo a Organização Mundial da Saúde, a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, para além de um estilo e de uma competência de gestão, é um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes (Direção-Geral da Saúde, 2011). O clima de segurança é o componente mensurável da cultura de segurança que pode ser avaliado por meio da perceção dos profissionais (Sexton et al., 2006 a). Neste contexto, o clima de segurança está relacionado com o *output* da cultura de segurança, isto é, como as pessoas percebem a importância dada à segurança na organização, a política, a prática e os procedimentos partilhados, os quais influenciam a forma como as pessoas se comportam, como pensam e como agem face à segurança.

É importante referir que são vários os estudos internacionais que mostram que o contexto organizacional, os fatores culturais nas práticas de gestão, em geral e nos cuidados de saúde prestados, em particular, assumem um papel preponderante, constituindo elementos diferenciadores nas organizações de saúde. Portanto, é de salientar que uma instituição que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e recebe influência por eles. Assim, os utentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da organização. Logo, é necessário que as instituições de saúde e todos os profissionais de saúde tenham perfeito conhecimento de todos os aspetos da cultura de segurança organizacional, imprescindíveis para a implementação de medidas eficazes que visem evitar e prevenir erros e incidentes que ocorrem na prestação de cuidados de saúde aos doentes (World Health Organization, 2005, 2008)

Interessa ainda acrescentar que uma das características mais importantes das organizações de elevada fiabilidade é a preocupação comum da organização na possibilidade de falhar, ou seja, deve estar assente que se cometem erros e por isso é necessário formar os profissionais para saberem reconhecer e recuperar esses erros (Fragata, 2010; Lage, 2010; Mendes & Barroso,

2014; Ramos & Trindade, 2013). A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam, também, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes (Conselho da União Europeia, 2009; World Health Organization, 2008).

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Assim, a cultura de segurança constitui um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, D.R., II, de 10 de fevereiro), o qual, está integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho nº 5613/2015, D.R., II, de 27 de maio), designadamente na prioridade nacional Segurança do Doente (Diário da República, 2015a; Direção-Geral de Saúde, 2015). Desta forma, a melhoria da cultura de segurança deverá passar pela implementação de sistemas de gestão de risco clínico e não clínico, de melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, pela mudança de atitudes na forma como os profissionais vêm o seu trabalho, pela promoção do trabalho em equipa, procurando em todas as fases da prestação de cuidados, envolver mais os doentes na tomada de decisões (Mendes & Barroso, 2014). Com efeito, a investigação da segurança do doente é promovida a nível nacional pelas organizações responsáveis pela política nacional para a qualidade e segurança no sistema de saúde português, sendo considerada imprescindível para direcionar intervenções de melhoria na cultura de segurança e monitorizar a evolução das mesmas (DGS & APDH, 2015; P Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011). As dimensões apontadas com maior potencial de melhoria a curto prazo são: apoio à segurança do doente pela gestão, frequência da notificação, trabalho entre unidades, dotação de profissionais e resposta ao erro não punitiva (Diário da República, 2015a).

Além das implicações económicas, ambientais e pessoais que o conflito tem em todos os locais de trabalho, os conflitos que ocorrem em ambientes de saúde podem afetar a segurança do doente. O impacto negativo dos conflitos na segurança do doente é uma preocupação documentada, e pesquisas destacam o papel que o conflito desempenha na degradação da cultura de segurança nas organizações de saúde (Marshall & Robson, 2005; Shin, 2013). Os conflitos de equipa não geridos eficazmente representam graves consequências para a segurança do doente (Azoulay et al., 2009; Baldwin Jr & Daugherty, 2008; Catchpole et al., 2008; Lingard, Espin, Evans, & Hawryluck, 2004; Rogers et al., 2011), isto é, um contribuinte significativo para culturas inseguras é a presença de conflitos não reconhecidos e não geridos (Marshall & Robson, 2005), ou seja, a gestão de conflitos está na base da prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade (Scott & Gerardi, 2011a). Se ignorados, os conflitos reais e inevitáveis que surgem nos cuidados de saúde, não são apenas onerosos em termos de impacto pessoal e profissional nos profissionais de saúde, mas também criam organizações e equipas inseguras e situações que podem levar ao aumento do dano e da morte para os doentes (Baker & Norton, 2001; Baker et al., 2004). A incapacidade de lidar com os conflitos pode fomentar

erros de prática, esgotamento do pessoal e ações judiciais. Os cuidados de saúde exigem trabalho em equipa e uma intensa interdependência, para assegurar qualidade, eficiência e satisfação dos pacientes. Os conflitos não geridos são prejudiciais para cada um desses objetivos (Morreim, 2014). O conflito não abordado e não gerido tem impactos erosivos e até mesmo devastadores nos indivíduos, equipas e cultura organizacional (De Wit et al., 2012). As relações dos colegas de trabalho estão consistentemente ligadas a resultados melhorados para os doentes, força de trabalho produtiva e cultura segura para apoiar a prestação de cuidados (Clements, Dault, & Priest, 2007; Leonard, Graham, & Bonacum, 2004). As relações de trabalho positivas nas equipas de saúde têm um efeito significativo na segurança e eficácia dos cuidados prestados aos doentes (Baggs, Ryan, Phelps, Richeson, & Johnson, 1992; E. J. Thomas, Sexton, & Helmreich, 2003). O conflito é relatado pelos enfermeiros como comum (Dewitty et al., 2009) e atribuído a erros de prática (Rowe & Sherlock, 2005). Se evitado ou gerido inadequadamente, o conflito pode ser prejudicial à colaboração interprofissional e à prestação de cuidados ao doente (Jehn & Mannix, 2001). Gerir conflitos com êxito resultará, em última instância, no aprimoramento do trabalho em equipa, no envolvimento do pessoal e nos resultados positivos para os doentes (Kaufman, 2011). O conflito é um problema generalizado nos cuidados de saúde e parece estar associado a gradientes persistentes de poder (Janss et al., 2012). A maioria das narrativas conflituosas compartilhadas reflete lutas com os diferenciais de poder na organização (S. Kim et al., 2016). A gestão de conflito inadequada pode inibir a comunicação, e lapsos de comunicação têm mostrado contributos importantes para a ocorrência de eventos adversos (Johansen, 2012; Rogers et al., 2013; Skjørshammer, 2002). Inclusive, os sistemas de notificação criados para relatar eventos adversos, foram usados inadvertidamente como uma saída para a escalada de conflitos não resolvidos com colegas (S. Kim et al., 2016).

2.3.1 Abordagem dos conflitos nas unidades hospitalares

A gestão de conflitos é uma componente necessária para oferecer cuidados de saúde seguros e de alta qualidade (Scott & Gerardi, 2011a), ou seja, gerir eficazmente os conflitos é importante para lidar com insatisfatórios cuidados prestados ao doente, erros, e não cumprimento de políticas e procedimentos (Haumschild et al., 2015). Portanto, o conflito é benigno e necessário aos cuidados de saúde, mas as equipas devem possuir habilidades para resolver o conflito de maneira a permitir a transmissão de preocupações importantes, resolver disputas inevitáveis e manter relações profissionais positivas. A segurança do doente e a qualidade dos cuidados dependem da capacidade não apenas de tolerar o conflito, mas também de assumir o papel crítico nas interações e na comunicação humana (S. Kim et al., 2016). De facto, aspetos e valores, como a ética, a liderança, a comunicação, o trabalho em equipa, são de grande relevância quando se pensa em gerir, resolver ou meramente atenuar conflitualidades que diariamente vão aparecendo no contexto das organizações de saúde. Devido às características inerentes do trabalho em equipa na área da saúde, nem sempre é possível a negociação direta, uma vez que, os assuntos podem ser muito numerosos, os envolvidos podem não deter competências emocionais que lhes permita lidar eficazmente com os litígios, as relações entre

as partes são dotadas de grande complexidade, a mudança exigida em termos comportamentais é muito elevada e/ou as competências de pensamento alternativo e divergente podem estar ausentes ou serem limitadas (Oliveira, 2015).

Assim, um alinhamento estratégico da gestão de conflitos é a abordagem dos conflitos entre os grupos de liderança como meio de proteger a qualidade e a segurança da prestação de cuidados ao doente (Scott & Gerardi, 2011a). Um processo de gestão de conflitos bem concebido para os líderes hospitalares deve manter os benefícios positivos do engajamento construtivo de conflitos e minimizar as consequências adversas que o conflito não gerido pode ter sobre o atendimento ao doente. São recomendados processos que enfatizem a identificação dos interesses das partes em disputa e que evitem a dependência de esforços de poder ou o recurso a direitos. Neste âmbito, importa esclarecer as abordagens ao conflito a que é oportuno assistir no contexto das organizações de saúde: abordagem baseada em poder que é concentrada em autoridade, competição e execução (inclui guerra, greves e outras escaladas de conflito); abordagem baseada em direitos que é focada em queixas e direitos individuais (inclui litígios, legislação, regulação e arbitragem, e formulação de políticas organizacionais); abordagem baseada em interesses que foca desejos, necessidades e esperanças das partes (inclui negociação, diplomacia e mediação); e ainda, abordagem baseada em relações, centralizada na dinâmica de relacionamento entre participantes - respeito, confiança, inclusividade, transparência, empatia e autenticidade (inclui diálogo, mediação, *coaching* e reconciliação) (Scott & Gerardi, 2011b).

Portanto, uma tendência emergente da conceção de sistemas de gestão de conflitos, deverá estar centrada na dinâmica relacional entre os envolvidos no conflito, em reconhecimento do impacto recíproco em cada participante. O objetivo é, então, restaurar a confiança e melhorar as relações prejudicadas como um componente da resolução. A intenção é prevenir a escalada para disputas legais formais e encorajar os líderes a superar as tendências de evitar conflitos através do uso de abordagens bem projetadas que apoiam o engajamento com o conflito (Scott & Gerardi, 2011b). A sequência de opções colaborativas consiste em *coaching* individual e aconselhamento; reuniões informais presenciais; reuniões informais e internamente facilitadas; reuniões informais e externamente facilitadas; mediação formal; e pós-disputa, análise e feedback (Steinhaus, 1996). Assim, uma abordagem proativa para o conflito inclui o desenvolvimento de competências de conflito entre todos os líderes, reconhecendo oportunidades para incorporar abordagens de gestão de conflitos durante as principais iniciativas de mudança, apoiar o envolvimento através do uso de especialistas em conflitos internos e/ou externos, e integração de processos colaborativos, incluindo diálogo, construção de consenso, formação em conflito, inquérito apreciativo, *coaching* e mediação (Scott & Gerardi, 2011b). Logo, os conflitos requerem uma ação concertada em vários níveis, incluindo: desenvolvimento de mentalidades colaborativas, linguagem comum e mapas cognitivos para dar sentido ao conflito; construção de habilidades e acompanhamento de *coaching* para apoiar

a integração e aplicação de habilidades; processos de gestão de conflitos que proporcionam opções colaborativas às opções adversárias tradicionais e; arquitetura de sistemas - processos integrados que abrangem toda a empresa e que combinados constituem um programa de gestão de conflitos estrategicamente incorporado (Emerging HealthCare Communities, 2010).

Mediante a importância de os profissionais disporem de modelos de resolução alternativa de conflitos quando não conseguem negociar diretamente, a Entidade Reguladora da Saúde disponibilizou um procedimento de resolução de conflitos aos prestadores de cuidados de saúde. Assim, é pretendido: constituir uma alternativa aos meios tradicionais da resolução de conflitos (os meios judiciais); fomentar uma cultura de diálogo, de escuta ativa e de melhoria contínua das relações interpessoais, entre os diversos intervenientes no setor da saúde em Portugal e; contribuir para a diminuição da litigiosidade no setor da saúde em Portugal (Diário da República, 2015b). Ainda, desde abril de 2017, a Ordem dos enfermeiros, oferece aos seus membros acesso ao centro de arbitragem Universidade Autónoma de Lisboa, e em particular à mediação de conflitos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No entanto, só através de formação profissional devidamente estruturada e implementada é que se conseguirá desenvolver as competências necessárias que irão permitir a pacificação das relações no setor da saúde (Oliveira, 2015).

Capítulo 3

Metodologia da Investigação

Neste capítulo estão integrados os aspetos essenciais do processo metodológico em que incidiu esta investigação e que têm suporte no enquadramento teórico desenvolvido.

Assim, neste capítulo são clarificados o tipo de estudo; as hipóteses em investigação; o desenho da investigação; a operacionalização das variáveis; a população e a amostra; os instrumentos de recolha de dados; os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos para o tratamento dos dados.

3.1 Tipo de Estudo

O estilo da pesquisa descreve a estrutura utilizada segundo as questões de investigação e os objetivos do estudo, visando descrever as variáveis ou grupos de variáveis e os sujeitos, explorar ou examinar as relações entre variáveis ou ainda verificar as hipóteses de causalidade formuladas. O tipo de estudo realizado e os métodos selecionados dependem da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter (Fortin, 2009).

Mediante as características dos diversos tipos de investigação, este estudo é considerado quantitativo, sendo um processo formal, objetivo e sistemático que pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando consequentemente, uma margem de segurança quanto às divergências. A finalidade deste tipo de estudo é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente (Fortin, 2009; Fortin, Côte, & Filion, 2009).

Está no âmbito da investigação não experimental, uma vez que, é desenvolvida em meio natural e não dá lugar a qualquer intervenção ou tratamento, ou seja, não se manipulam as variáveis em estudo (Fortin et al., 2009; Freixo, 2009).

É um estudo descritivo, pois o objetivo principal é fornecer informação sobre as características de pessoas, situações, grupos ou acontecimentos (Fortin, 2009). O estudo descritivo visa a descrição do fenómeno em estudo, a especificação dos conceitos decorrentes do mesmo e a elaboração de um quadro conceptual que, além de definir a perspetiva do estudo serve de ligação entre os conceitos e a sua descrição. Assim, consiste num relato essencialmente expositivo da realidade encontrada, podendo ao longo do estudo ser apresentada uma perspetiva comparativa e analítica, ao extrair as variáveis que explicam os diferentes conhecimentos, atitudes e expectativas da população em estudo (Fortin et al., 2009).

É também uma investigação correlacional, uma vez que, assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente as para influenciar. As correlações determinam a medida da força e da direção da relação entre variáveis (Fortin, 2009; Fortin et al., 2009).

De acordo com o período e sequência, é um estudo do tipo retrospectivo e transversal, pois a recolha de dados decorre num determinado período de tempo, servindo para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento (Fortin et al., 2009).

3.2 Hipóteses de Investigação

A hipótese é um enunciado formal que antecipa relações entre variáveis e que necessita de verificação empírica (Fortin et al., 2009). É uma resposta plausível para o problema da investigação (Fortin, 2009).

Atendendo à operacionalização dos objetivos do estudo e na sequência dos fundamentos teóricos, que suportam a ideia de que os estilos de gestão conflitos são condicionados por características de contexto pessoal, social e profissional como também pelo tipo de relação com o oponente, e que uma gestão construtiva de conflitos pode ter implicações na segurança do doente, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 - O estilo de gestão de conflito mais utilizado varia em função do tipo de relação com o oponente (indivíduo-colega; indivíduo-chefe e indivíduo-subordinado) dos participantes.

Hipótese 2 - O clima de segurança do doente é positivo.

Hipótese 3 - Existe associação entre os estilos de gestão de conflitos utilizados e o clima de segurança do doente.

Hipótese 4 - Existe associação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e os estilos de gestão de conflitos utilizados.

Hipótese 5 - Existe associação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e o clima de segurança do doente.

Hipótese 6 - As características sociodemográficas dos participantes influenciam significativamente os estilos de gestão de conflitos utilizados e o clima de segurança do doente.

Hipótese 7 - As características profissionais dos participantes influenciam significativamente os estilos de gestão de conflitos utilizados e o clima de segurança do doente.

3.3 Desenho da Investigação

O desenho de investigação é o plano e a estratégia, indicando as decisões a tomar para definir uma estrutura que servirá para colocar à prova as questões de investigação ou as hipóteses, com vista a obter uma resposta válida (Fortin, 2009; Fortin et al., 2009).

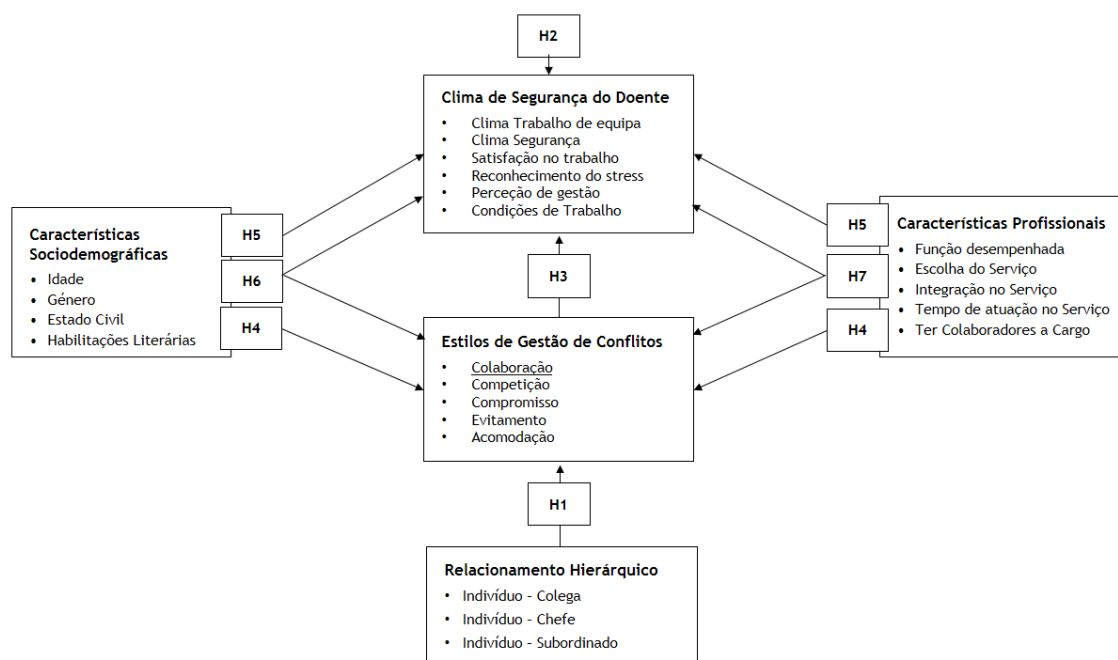
Na sequência da fase relativa à revisão da literatura, foi construído o modelo de investigação, tendo sido formuladas as questões, os objetivos e as hipóteses de investigação. Posteriormente foram operacionalizadas as variáveis em estudo, selecionado e aplicado o questionário, de forma a testar as hipóteses. A finalidade da fase subsequente, a parte empírica, foi dar resposta às questões levantadas sobre a gestão de conflitos e o clima de segurança do doente. Finalmente, foram analisados e discutidos os resultados obtidos, de forma a tirar as respetivas conclusões.

3.4 Operacionalização das Variáveis

A operacionalização das variáveis é um processo metodológico pelo qual um conceito é definido após se terem feito observações empíricas, o que significa formular as variáveis de forma observável e mensurável, sendo convertidas em fatores disponíveis para serem manipulados, controlados e examinados (Fortin et al., 2009).

A ligação entre as variáveis em estudo está representada de forma esquematizada na figura 3.

Figura 3. Modelo de análise da relação entre as variáveis da investigação



As variáveis dependentes selecionadas para estudo são os estilos de gestão de conflitos (colaboração, acomodação, competição, evitamento, compromisso) em função da relação hierárquica (indivíduo - colega; indivíduo - chefe e indivíduo - subordinado) e o clima de segurança do doente (clima trabalho de equipa, clima segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do stress, perceção de gestão, condições de trabalho).

As variáveis independentes consideradas são características sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias) e profissionais (função desempenhada, tempo de atuação no serviço, integração no serviço, escolha do serviço, ter colaboradores a cargo).

Sendo que a variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, e a variável independente a que se manipula tendo em vista estudar os efeitos sobre a variável dependente (Fortin et al., 2009).

3.5 População e Amostra

Definir de forma precisa a população a estudar e os elementos que a compõem é necessário a qualquer trabalho de investigação. Então, é imprescindível definir a população alvo a ser estudada que satisfaça os critérios de seleção estabelecidos (Fortin, 2009; Fortin et al., 2009). Assim, para o âmbito desta investigação serão considerados os seguintes critérios de inclusão: colaboradores a exercer funções nos serviços clínicos do Hospital Pêro da Covilhã do CHCB, ter contacto direto com doentes e concordância de participação no estudo. Serão excluídos do estudo os questionários que apresentarem a totalidade dos itens com a mesma resposta ou preenchimento incompleto.

A população inquirida é formada pelo conjunto total de casos que estão disponíveis para amostragem e sobre os quais o investigador quer tirar conclusões (Hill & Hill, 2005). A amostra é a uma fração da população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2009). Assim, da população alvo foi selecionado um subgrupo, a amostra, constituída pelos colaboradores a exercer funções nos serviços clínicos do Hospital Pêro da Covilhã que aceitaram participar no estudo respondendo ao questionário.

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população esteja representada. A técnica de amostragem utilizada é não probabilística, uma vez que, nem todos os elementos da população tiveram igual probabilidade de serem escolhidos para formar a amostra; e acidental porque os sujeitos estavam facilmente acessíveis e presentes num determinado local tendo sido incluídos no estudo à medida que se apresentaram até que a amostra foi concluída. (Fortin, 2009; Fortin et al., 2009; Hill & Hill, 2005).

3.5.1 Caracterização da amostra

A amostra do estudo é constituída por 137 participantes, a maioria são do género feminino (65%), casados ou em união de facto (67.9%). Quase metade dos respondentes está situada na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (49.6%) e mais de metade (51.1%) possuem uma licenciatura e 20.4% concluiu o grau de mestre. No que concerne às informações profissionais, relativamente à escolha do serviço, 56.2% afirma que a escolha do serviço foi da instituição e 80.3% refere que teve período de integração aquando do início de funções na instituição. Quanto à função desempenhada, os enfermeiros ocupam a classe mais responsiva (38.7%), seguidos dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (22.6%). Dos respondentes, 53.3% atua em ambas as áreas: adultos e crianças. Um número considerável dos participantes (55.5%) tem entre 11 e 20 anos de serviço ou mais (17.5%). Os profissionais do estudo estão distribuídos por vários serviços da unidade hospitalar, sendo que 13.9% pertencem ao serviço de Medicina Física e Reabilitação e 9.5% ao serviço de Imagiologia. A maioria dos profissionais (57.7%) considera que a forma de lidar com os conflitos tem implicações na segurança do doente, embora cerca de um terço considere que não. A maior parte não em colaboradores a cargo (73.7%). Na tabela 1 estão detalhadas as informações sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Tabela 1. Informações sociodemográficas e profissionais dos participantes

	N	%
Género		
Masculino	48	35
Feminino	89	65
Idade		
<25 anos	1	0.7
25-34 anos	23	16.8
35-44 anos	68	49.6
45-54 anos	34	24.8
55-64 anos	11	8.0
Estado Civil		
Solteiro	28	20.4
Casado/União de facto	93	67.9
Divorciado/Separado	16	11.7
Habilitações Literárias		
1º ciclo Ensino Básico	1	0.7
2º ciclo Ensino Básico	1	0.7
3º ciclo Ensino Básico	4	2.9
Ensino Secundário	27	19.7
Bacharelato	2	1.5
Licenciatura	70	51.1
Mestrado	28	20.4
Doutoramento	4	2.9

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

	N	%
Escolha do Serviço		
Escolha do Próprio	60	43.8
Escolha da Instituição	77	56.2
Período de Integração		
Sim	110	80.3
Não	27	19.7
Função Desempenhada		
Médico	1	0.7
Médico Especialista	1	0.7
Enfermeiro	53	38.7
Técnico Superior de Saúde	6	4.4
Técnico Superior Não Saúde	2	1.5
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	31	22.6
Assistente Operacional	20	14.6
Assistente Técnico Administrativo	16	11.7
Enfermeiro Chefe	5	3.6
Coordenador de Serviço	1	0.7
Diretor de Serviço	1	0.7
Área de Atuação		
Adultos	42	30.7
Crianças	22	16.1
Ambos	73	53.3
Anos de Serviço		
< 6 meses	3	2.2
6-11 meses	2	1.5
1-2 anos	5	3.6
3-4 anos	8	5.8
5-10 anos	19	13.9
11-20 anos	76	55.5
> 21 anos	24	17.5
Serviço		
Serviço de Medicina Intensiva - AVC	1	0.7
Serviço de Medicina Intensiva - UCI	4	2.9
Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados	2	1.5
Serviço de Cirurgia 1	2	1.5
Serviço de Cirurgia 2	6	4.4
Serviço de Ortopedia	4	2.9
Serviço de Urologia	1	0.7
Serviço de Obstetrícia e Ginecologia	7	5.1
Unidade de Emergência e Urgência Obstétrica	1	0.7
Serviço de Pediatria	6	4.4
Serviço de Pediatria - Unidade de Neonatologia	12	8.8

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

	N	%
Serviço de Pediatria - Unidade de Emergência e Urgência	3	2.2
Pediátrica e Neonatal		
Serviço de Pediatria - Unidade de Desenvolvimento	1	0.7
Serviço de Cardiologia	1	0.7
Serviço de Gastroenterologia	1	0.7
Serviço de Medicina Interna 1	3	2.2
Serviço de Medicina Interna 2	2	1.5
Serviço de Neurologia	2	1.5
Serviço de Pneumologia	2	1.5
Serviço de Anatomia Patológica	3	2.2
Serviço de Imagiologia	13	9.5
Serviço de Imunohemoterapia	3	2.2
Serviço de Patologia Clínica	1	0.7
Serviço de Medicina Física e Reabilitação	19	13.9
Serviço de Psiquiatria	2	1.5
Serviços Farmacêuticos	3	2.2
Unidade de Consulta Externa	10	7.3
Unidade de Gestão do Bloco Operatório	12	8.8
Unidade de Hospital de Dia	4	2.9
Unidade de Telemedicina	1	0.7
Unidade de Esterilização	1	0.7
Unidade de Apoio ao Doente	4	2.9
Opinião sobre a maneira de lidar com os conflitos ter implicações na segurança do doente		
Sim	79	57.7
Não	43	31.4
Talvez	15	10.9
Colaboradores a cargo		
Sim	36	26.3
Não	101	73.7

3.6 Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados deve ser composto por um conjunto de questões, que permitam recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização da investigação, tendo em conta os objetivos do estudo e as características da população alvo.

O método de recolha de dados utilizado para a consecução deste estudo foi o inquérito psicossocial, mediante a aplicação de um questionário (Anexo I) a todos os colaboradores dos serviços clínicos do CHCB, no período de 07 de fevereiro a 08 de setembro de 2017.

Um questionário é um dos métodos de recolha de dados que necessita de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos (Fortin, 2009; Freixo, 2009). Assim, o

questionário é geralmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência, podendo ser enviado e reenviado pelo correio. É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo em variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma forma rigorosa e permitindo um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, 2009).

O uso do *Rahim Organizational Conflict Inventory - II (ROCI-II)*, permite mensurar cinco estilos de gestão do conflito. A versão portuguesa foi traduzida e aferida em 2003, apresentando um valor de consistência interna elevada ($\alpha=0,81$) (M. Moreira, Cunha, & Silva, 2003). O ROCI-II apresenta 3 formas, que se distinguem apenas na menção ao oponente, sendo formada por 28 itens e é composto pelas formas A, B e C, através das quais se pretende medir de que forma os indivíduos lidam com situações conflituais perante o chefe - A, os colegas - B e os subordinados - C. Para responder a cada um dos 28 itens é utilizada uma escala de *likert* com cinco opções de resposta, na qual os valores mais altos representam uma maior utilização de um estilo quando os sujeitos estão perante um conflito interpessoal. Os cinco estilos são avaliados por uma quantidade diferente de itens para cada um deles, sendo sete para o estilo colaboração (a pontuação varia de 7 a 35), seis para o estilo acomodação (a pontuação varia de 6 a 30), cinco para o estilo competição (a pontuação varia de 5 a 25), seis para o estilo evitamento (a pontuação varia de 6 a 30) e quatro para o estilo compromisso (a pontuação varia de 5 a 20). As pontuações mais altas em determinado conjunto de itens significam maior utilização do estilo correspondente (Rahim, 1983b). (Cunha et al., 2003).

O *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* permite avaliar as perceções de atitudes dos profissionais de saúde relacionadas com a segurança do doente em várias áreas clínicas e serviços de saúde (Sexton et al., 2006 b). A tradução, adaptação cultural e validação do SAQ para Portugal foi publicada em 2015 (Saraiva & de Almeida, 2015b). Este instrumento é baseado em dois modelos conceituais: o modelo para a análise de risco e segurança (Vincent et al., 1998) e o modelo para avaliação da qualidade (Donabedian, 1988), integrando 3 conceitos-chave: estrutura, processos e resultados. De acordo com este modelo, a estrutura é definida como as condições em que os cuidados são prestados (materiais, recursos humanos, características organizacionais); o processo inclui atividades de prestação de cuidados e os resultados são mudanças que podem ser atribuídas aos cuidados. Cada componente é dinâmico e transaccional, sendo que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e, por sua vez, aumenta a probabilidade de bons resultados. Desta forma, os resultados de segurança podem ser otimizados, melhorando a estrutura e os processos da organização que lhe estão subjacentes (Halligan & Zecevic, 2011; Resar, 2006). A versão completa do questionário inclui 60 itens, dos quais apenas 30 são padrão e idênticos em todos os ambientes clínicos (Sexton et al., 2006 b). Esses 30 itens básicos integram a versão curta a utilizar neste estudo. O SAQ possui seis dimensões que abrangem fatores organizacionais, fatores do ambiente de trabalho e fatores de equipa: clima de trabalho em equipa (Itens 1-6); clima de segurança

(Itens 7 - 13); satisfação no trabalho (Itens 15-19); reconhecimento do *stress* (Itens 20-23); percepção da gestão (Itens 24-29), sendo que cada um destes itens é medido em dois níveis (percepção da gestão do serviço e percepção da gestão hospitalar); condições de trabalho (Itens 30-32). Os itens 14 e 33-36 não fazem parte das dimensões referidas, e os itens 2, 11 e 36 estão redigidos reversamente (Sexton et al., 2006 a). As respostas a cada uma das questões seguem uma escala *likert* de cinco pontos. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior percepção e 100 a melhor percepção do clima de segurança. O valor de consistência interna do instrumento original é de 0.90 (Sexton et al., 2006 b) e do instrumento em português é de 0,92 (Saraiva & de Almeida, 2015b).

Considerando a dimensão da população, foi viabilizada a técnica do questionário de administração direta e coletiva, uma vez que, garante o anonimato, permite um preenchimento rápido, com facilidade e possibilita estudar uma variedade de indivíduos em simultâneo e num curto espaço de tempo (Hill & Hill, 2005). Mediante a utilização do *Google* formulários, o questionário foi partilhado através do correio eletrónico, primeiramente às chefias (Anexo II) e depois aos colaboradores (Anexo III), por meio dos endereços eletrónicos institucionais. Posteriormente o link do questionário foi também divulgado na *intranet* da instituição (Anexo IV). Entretanto, perante a identificação de impedimentos ao uso dos recursos informáticos (colaboradores sem acesso fácil aos recursos informáticos, não utilização dos endereços eletrónicos institucionais, recursos informáticos sem os servidores necessários à utilização do *Google* formulários), o questionário foi também impresso e partilhado. Alguns questionários foram distribuídos e recolhidos pelos responsáveis dos serviços ou por outros profissionais designados para o efeito, e os restantes foram entregues diretamente pela investigadora. Uns profissionais responderam no momento, outros responderam posteriormente e devolveram o questionário em data pré-estabelecida. A divulgação dos questionários foi sempre acompanhada de instruções de preenchimento e informação sobre os objetivos do estudo.

Assim, o questionário aplicado é constituído por três partes: a primeira correspondente à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, a segunda relativa à aplicação das formas A, B e C do ROCI-II e a terceira do SAQ.

3.6.1 Pré-teste

A fim de verificar se existiam dúvidas no preenchimento do questionário foi aplicado um pré-teste. O pré-teste tem como principal objetivo assegurar a validade e precisão do questionário através da evidencia de possíveis falhas na redação (Gil, 2009). Desta forma o pré-teste foi aplicado a 15 colaboradores, que pela ausência de comentários críticos quanto ao preenchimento, não implicou qualquer alteração na redação da versão final do questionário. A amostragem foi por conveniência e o convite foi realizado por meio de contacto pessoal no início do mês de janeiro de 2017.

3.7 Procedimentos Formais e Éticos

Inicialmente foi requerida autorização aos respetivos autores para aplicação do ROCI-II e do SAQ. Tendo sido obtido um parecer favorável (Anexo V).

Foi realizado um pedido de autorização formal para realização do estudo ao Conselho de Administração do CHCB, ao Diretor Clínico em representação de todos os Diretores de Serviço das Unidades Clínicas e à Comissão de Ética. De igual modo, foram obtidas as devidas autorizações por escrito (Anexos VI, VII e VIII).

O processo de colheita de dados respeitou os princípios éticos preconizados, sendo que todos os indivíduos que aceitaram participar no estudo o fizeram de forma intencional, anónima, voluntária e informada. Como todos os participantes são profissionais a exercer funções no CHCB ficou dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido servindo para o efeito o Consentimento Geral em vigor na instituição.

3.8 Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento e análise dos dados obtidos foi utilizado o programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.

A análise estatística foi iniciada com a caracterização da amostra, através das medidas de tendência central. Seguidamente, foi calculado o coeficiente alfa de *Cronbach* para verificar a consistência interna dos instrumentos utilizados. Antes de iniciar os testes e estudos descritivos, foi necessário recodificar as variáveis e agrupar os itens de cada questionário nas respetivas dimensões, permitindo reconhecer o estilo de gestão de conflitos mais utilizado por cada participante, bem como a sua perceção de segurança do doente. Foi também necessário inverter os três itens do SAQ redigidos inversamente.

Para a análise correlacional e inferencial a escolha do tipo de testes estatísticos a utilizar é fundamental para a credibilidade da investigação. Assim, uma vez que, a amostra é superior a 100, é adequado o teorema do limite central, que assume a normalidade de distribuição das variáveis em estudo e, conseqüentemente, o uso de testes paramétricos (Maroco, 2007; Pallant, 2007).

A realização da análise correlacional incluiu o cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*, possibilitando a verificação da associação entre os estilos de gestão de conflitos e o clima de segurança do doente, e ainda, a correlação entre as variáveis independentes ordinais (idade, habilitações literárias e anos de serviço) e as variáveis dependentes supramencionadas.

Por fim, a análise inferencial foi efetuada através do uso dos testes apropriados para variáveis paramétricas. Para comparar dois grupos e verificar a existência ou não de diferenças significativas, foi usado o teste *t-student*. Para comparar mais de dois grupos, foi realizado o

teste ANOVA (Pallant, 2007). A análise inferencial permitiu perceber a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nas variáveis dependentes.

Nas análises estatísticas, para a significância foram utilizados os seguintes valores: $p < 0,05^*$ diferença estatística significativa; $p < 0,01^{**}$ diferença estatística bastante significativa; $p < 0,001^{***}$ diferença estatística altamente significativa; $p > 0,05$ na diferença estatística não significativa (Maroco, 2007).

Capítulo 4

Análise e discussão dos resultados

Neste capítulo são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos.

4.1 Estudo da consistência interna dos instrumentos de medida

Para determinar a consistência interna dos instrumentos de medida foi calculado o valor de alfa de *Cronbach*. Na tabela 2 são apresentados os resultados obtidos para cada um dos instrumentos de medida, bem como para as três formas do ROCI-II.

Tabela 2. Consistência interna dos instrumentos de medida

Instrumentos	Nº Itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
ROCI-II	84	0.939
FORMA A - CHEFE	28	0.826
FORMA B - COLEGAS	28	0.865
FORMA C - SUBORDINADOS	28	0.777
SAQ	41	0.889

A consistência interna do ROCI-II ($\alpha=0.939$) apresenta um valor elevado e superior ao do instrumento quando validado em português ($\alpha=0,81$) (Cunha et al., 2003). O questionário ROCI-II e as suas formas A e B, com valores de $\alpha=0.826$ e $\alpha=0.865$, respetivamente, revelam uma consistência interna elevada. A forma C, à qual responderem apenas os participantes com colaboradores a cargo, apresenta um valor de consistência interna moderado e relativamente mais baixo ($\alpha=0.777$), mas ainda acima do aceitável ($\alpha=0.7$) (Pallant, 2007).

O SAQ também apresenta uma consistência interna elevada ($\alpha=0.889$), mas um valor inferior ao do instrumento original ($\alpha= 0.90$) (Sexton et al., 2006 b) e do instrumento quando validado em português ($\alpha=0,92$) (Saraiva, 2015; Saraiva & de Almeida, 2015b).

4.2 Análise descritiva

4.2.1 Estilos de Gestão de Conflitos

Atendendo aos estudos de validação do ROCI-II, foi considerado que para determinar o estilo de gestão de conflitos dos participantes, é verificada a maior frequência de resposta aos itens correspondentes a cada estilo. O valor obtido para cada dimensão é resultante da soma das opções selecionadas.

Através das estatísticas descritivas, foi possível observar a predominância dos estilos de gestão de conflito que os profissionais privilegiam nos diferentes tipos de relação com o oponente. Foi verificado o uso dos diferentes estilos de gestão de conflito em estudo, sendo preferencialmente utilizados, em cada uma das relações com o oponente, de acordo com a seguinte ordem (Tabela 3):

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos estilos de gestão de conflitos em função do tipo de relação com o oponente

Estilos de Gestão dos Conflitos	1°	2°	3°	4°	5°
Com a Chefia (n=137)	Colaboração (M=29.05; DP=2.90)	Acomodação (M=20.78; DP=3.77)	Evitamento (M=19.62; DP=4.02)	Compromisso (M=15.10; DP=1.80)	Competição (M=13.96; DP=3.43)
Com os Colegas (n=137)	Colaboração (M=29.17; DP=2.87)	Evitamento (M=19.96; DP=3.93)	Acomodação (M=17.29; DP=3.77)	Compromisso (M= 15.36; DP=1.89)	Competição (M=13.29; DP=3.49)
Com os subordinados (n=36)	Colaboração (M=28.92; DP=2.47)	Evitamento (M=18.64; DP=3.41)	Acomodação (M=18.06; DP=3.06)	Compromisso (M=15.17; DP=1.83)	Competição (M=13.39; DP=3.51)

Mediante a análise da tabela 3, podemos verificar que os inquiridos, em todas as relações com o oponente, tendem a dar primazia à assertividade e à cooperação, uma vez que, optam pela colaboração que é o estilo de gestão de conflito que tenciona satisfazer os interesses entre as partes. Contrariamente, outras investigações apresentaram diferenças significativas entre os estilos da gestão de conflitos utilizados com os chefes, subordinados e colegas, tendo sido concluído que o relacionamento hierárquico condicionava o estilo utilizado pela pessoa envolvida no conflito (Cunha, 2008; Cunha et al., 2003; C.-W. Lee, 1990; McIntyre, 2007; Munduate et al., 1993; Phillips & Cheston, 1979; Rahim, 1983a, 1986).

Contudo, os estilos caracterizados pela baixa assertividade dos participantes, evitamento e acomodação, são os 2° e 3° mais utilizados. Entre ambos, a relação com a chefia aparenta ser diferente, uma vez que, o uso mais frequente com a chefia é a acomodação, em que existe uma intenção maior de satisfazer os interesses da outra parte (chefia). Com os colegas e com os subordinados, os inquiridos preferem utilizar o evitamento, no qual não cooperam nem são assertivos. O compromisso, que ocorre quando há cedência das partes para obter ganhos em outros, é pouco frequente entre os participantes. A competição é o estilo de gestão de conflitos menos utilizado pelos profissionais questionados, qualquer que seja a relação estabelecida com o oponente. Portanto, é verificado que o estilo de gestão de conflitos mais utilizado é o que permite que as partes lidem com o problema e não com os sintomas, assim como, trabalhem com os interesses e não com as posições. Inversamente, o estilo de gestão de conflitos menos usual é o que utiliza táticas de poder para que a vitória seja alcançada.

Com o exposto é rejeitada a Hipótese 1 - O estilo de gestão de conflito mais utilizado varia em função do tipo de relação com o oponente (indivíduo - colega; indivíduo - chefe e indivíduo - subordinado) dos participantes.

No entanto, é relevante constatar que os participantes utilizam os 5 estilos de gestão de conflitos porque todos os estilos de gestão de conflitos são úteis em certas situações, não havendo um estilo certo e único para todos os casos (Rahim & Bonoma, 1979; Simpao, 2013), ou seja, uma estratégia que é altamente eficaz numa situação pode ser ineficaz noutras (Dimas, 2007; Dimas et al., 2005). Assim é favorecida a seleção do estilo adequado com base nas características dos conflitos (Simpao, 2013) e em função das circunstâncias que se apresentam, na medida em que cada situação é única e requer uma resposta específica (Dimas & Lourenço, 2011; Van de Vliert et al., 1999). Contudo, a preferência pelo uso da colaboração é uma mais valia, uma vez que, é considerada essencial à prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade (Almost et al., 2016; Fox & Reeves, 2015). Embora requeira disponibilidade de tempo e seja um trabalho árduo, gerir o conflito de forma colaborativa ajudará as equipas a desenvolver valores compartilhados e o aprendizado necessário para que sejam sustentados, enquanto se mantêm envolvidos no processo de atingir os seus objetivos (Kalishman, Stoddard, & O'Sullivan, 2012). A colaboração pode também combater a potencial fragmentação dos cuidados de saúde mediante as desigualdades entre profissionais, as quais desafiam a realização bem sucedida dos objetivos positivos de abordagens interprofissionais para oferecer cuidados centrados no doente (Fox & Reeves, 2015).

A utilização do evitamento ou acomodação, é devida provavelmente à incapacidade de lidar com as próprias emoções e as dos outros, através da qual nenhuma das partes alcança o que pretende, as razões dos conflitos permanecem intactas e conduz em última instância a mais conflitos (Jordan & Troth, 2004).

4.2.2 Clima de segurança do doente

A análise descritiva das perceções de atitudes dos profissionais relacionadas com a segurança do doente, foi obtida através da cotação e interpretação do SAQ. O cálculo das médias das respostas dos profissionais aos 41 itens foi efetuado após a inversão dos itens reversos (indicados com R).

A frequência das respostas está discriminada na tabela 4. Para cada item, foi verificada a opção de resposta mais assinalada pelos participantes, estando destacada a negrito. A análise da frequência das respostas, sobretudo em termos percentuais permite verificar que a maioria dos profissionais respondeu *concordo parcialmente* e *concordo totalmente* aos itens do instrumento, o que significa que as respostas apresentam uma tendência elevada favorável. As respostas positivas refletem atitudes positivas perante a segurança do doente (Bondevik, Hofoss, Hansen, & Deilkås, 2014).

Os itens 5 (*É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo*), 7 (*Sentir-me-ia seguro caso fosse tratado aqui como doente*), 15 (*Gosto do meu trabalho*) e 18 (*Tenho orgulho em trabalhar neste serviço*) apresentaram uma maior percentagem de respostas na opção *concordo totalmente*, tendo alcançado valores iguais ou superiores a 50%. Estes resultados são idênticos aos apresentados em outro estudo realizado na mesma organização (Saraiva & de Almeida, 2015a).

Apesar da elevada tendência dos participantes para atitudes favoráveis face à segurança do doente, existem alguns itens do SAQ que apresentam percentagens significativas na escolha de resposta *Indiferente*. O item 14 (*As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática caso as expressasse à administração*) e vários itens enquadrados na dimensão Perceção da Gestão, como o item 24b (*A administração do serviço apoia os meus esforços diários*), 26b (*A administração hospitalar está a realizar um bom trabalho*), 27a (*Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela administração do serviço*), 27b (*Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela administração hospitalar*), 28b (*Recebo informações adequadas e oportunas da administração hospitalar sobre eventos que podem afetar o meu trabalho*) apresentam a maior frequência de resposta na opção *indiferente*.

O item 29, também integrante da dimensão perceção da gestão, é o único item que apresenta uma maior frequência de respostas negativas, sendo que 35% discorda totalmente com a questão *O número de profissionais deste serviço é suficiente para tratar o número de doentes*. Este resultado é semelhante ao apresentado em outro estudo feito no Brasil (R. Carvalho, 2011).

Apesar das diferenças culturais, sociais e profissionais que possam existir entre a presente amostra e a de outros estudos que aplicaram o SAQ (Raftopoulos & Pavlakis, 2013; Rigobello, Carvalho, Cassiani, Tanyse Galon4, & Deus, 2012), existem semelhanças nos dados. Os itens 5 e 15 estão entre os que apresentam mais respostas positivas e os relativos à perceção da gestão, nomeadamente o item 29, os que revelam maior número de respostas negativas em relação ao clima de segurança.

Tabela 4- Frequência de respostas ao SAQ

Itens (N=137)	Discordo	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo	Não Aplicável
	Totalmente	Parcialmente		Parcialmente	Totalmente	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1	1 (0.7)	12 (8.8)	13 (9.5)	60 (43.8)	27 (19.7)	24 (17.5)
2R	10 (7.3)	28 (20.4)	17 (12.4)	47 (34.3)	28 (20.4)	7 (5.1)
3	3 (2.2)	23 (16.8)	12 (8.8)	49 (35.8)	48 (35.0)	2 (1.5)
4	2 (1.5)	16 (11.7)	9 (6.6)	56 (40.9)	49 (35.8)	5 (3.6)
5	2 (1.5)	9 (6.6)	12 (8.8)	44 (32.1)	68 (49.6)	2 (1.5)
6	6 (4.4)	21 (15.3)	8 (5.8)	54 (39.4)	23 (16.8)	25 (18.2)
7	1 (0.7)	6 (4.4)	6 (4.4)	41 (29.9)	72 (52.6)	11 (8.0)

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

Itens	Discordo	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo	Não Aplicável
	Totalmente	Parcialmente		Parcialmente	Totalmente	
8	3 (2.2)	11 (8.0)	23 (16.8)	53 (38.7)	44 (32.1)	3 (2.2)
9	1 (0.7)	6 (4.4)	6 (4.4)	61 (44.5)	55 (40.1)	8 (5.8)
10	12 (8.8)	24 (17.5)	15 (10.9)	54 (39.4)	31 (22.6)	1 (0.7)
11R	7 (5.1)	40 (29.2)	16 (11.7)	47 (34.3)	24 (17.5)	3 (2.2)
12	2 (1.5)	17 (12.4)	19 (13.9)	46 (33.6)	45 (32.8)	8 (5.8)
13	10 (7.3)	11 (8.0)	26 (19.0)	58 (42.3)	30 (21.9)	2 (1.5)
14	10 (7.3)	28 (20.4)	51 (37.2)	32 (23.4)	5 (3.6)	11 (8.0)
15	1 (0.7)	0	1 (0.7)	37 (27.0)	93 (67.9)	5 (3.6)
16	6 (4.4)	11 (8.0)	21 (15.3)	60 (43.8)	39 (28.5)	0
17	1 (0.7)	4 (2.9)	17 (12.4)	57 (41.6)	57 (41.6)	1 (0.7)
18	2 (1.5)	5 (3.6)	15 (10.9)	45 (32.8)	69 (50.4)	1 (0.7)
19	7 (5.1)	19 (13.9)	27 (19.7)	51 (37.2)	33 (24.1)	0
20	4 (2.9)	10 (7.3)	6 (4.4)	53 (38.7)	59 (43.1)	5 (3.6)
21	2 (1.5)	14 (10.2)	7 (5.1)	49 (35.8)	61 (44.5)	4 (2.9)
22	1 (0.7)	18 (13.1)	6 (4.4)	54 (39.4)	53 (38.7)	5 (3.6)
23	4 (2.9)	15 (10.9)	14 (10.2)	37 (27.0)	32 (23.4)	35 (25.5)
24a	15 (10.9)	26 (19.0)	32 (23.4)	37 (27.0)	24 (17.5)	3 (2.2)
24b	24 (17.5)	33 (24.1)	43 (31.4)	22 (16.1)	6 (4.4)	9 (6.6)
25a	10 (7.3)	18 (13.1)	23 (16.8)	45 (32.8)	32 (23.4)	9 (6.6)
25b	12 (8.8)	20 (14.6)	31 (22.6)	40 (29.2)	24 (17.5)	10 (7.3)
26a	6 (4.4)	17 (12.4)	38 (27.7)	47 (34.3)	26 (19.0)	3 (2.2)
26b	12 (8.8)	31 (22.6)	49 (35.8)	32 (23.4)	10 (7.3)	3 (2.2)
27a	12 (8.8)	20 (14.6)	53 (38.7)	29 (21.2)	15 (10.9)	8 (5.8)
27b	13 (9.5)	28 (20.4)	60 (43.8)	21 (15.3)	7 (5.1)	8 (5.8)
28a	6 (4.4)	20 (14.6)	29 (21.2)	61 (44.5)	18 (13.1)	3 (2.2)
28b	14 (10.2)	27 (19.7)	46 (33.6)	37 (27.0)	10 (7.3)	3 (2.2)
29	48 (35.0)	38 (27.7)	6 (4.4)	32 (23.4)	9 (6.6)	4 (2.9)
30	11 (8.0)	29 (21.2)	35 (25.5)	43 (31.4)	16 (11.7)	3 (2.2)
31	8 (5.8)	22 (16.1)	26 (19.0)	51 (37.2)	12 (8.8)	18 (13.1)
32	4 (2.9)	13 (9.5)	18 (13.1)	55 (40.1)	34 (24.8)	13 (9.5)
33	3 (2.2)	1 (0.7)	7 (5.1)	52 (38.0)	44 (32.1)	30 (21.9)
34	3 (2.2)	5 (3.6)	9 (6.6)	73 (53.3)	37 (27.0)	10 (7.3)
35	3 (2.2)	5 (3.6)	21 (15.3)	36 (23.6)	23 (16.8)	49 (35.8)
36R	11 (8.0)	36 (26.3)	20 (14.6)	46 (33.6)	17 (12.4)	7 (5.1)

No que diz respeito às dimensões, após a soma dos valores concordantes (concordo parcialmente e concordo totalmente) e a soma dos valores discordantes (discordo parcialmente e discordo totalmente), foi possível verificar as percentagens de profissionais que apresentam perceções positivas e negativas face ao clima de segurança. Os resultados estão detalhados na tabela 5:

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

Tabela 5- Perceção do clima de segurança (%)

Itens	Dimensões	Perceção Negativa		Perceção Positiva	
		Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1			9.5		63.5
2R			27.7		54.7
3	Clima Trabalho		19.0		70.8
4	Equipa		13.2		76.7
5			8.1		81.7
6			19.7		56.2
7			5.1		82.5
8			10.2		70.8
9			5.1		84.6
10	Clima de Segurança		26.3		62.0
11R			34.3		51.8
12			13.9		66.4
13			1.3		64.2
14			27.7		27.0
15			0.7		94.9
16			12.4		72.3
17	Satisfação no Trabalho		3.6		83.2
18			5.1		83.2
19			19.0		61.3
20			10.2		81.84
21	Reconhecimento do Stress		11.7		80.3
22			13.8		78.1
23			13.8		50.4
24a			29.9		44.5
24b			41.6		20.5
25a			20.4		56.2
25b			23.4		46.7
26a			16.8		53.3
26b	Perceção da Gestão		31.4		30.7
27a			23.4		32.1
27b			29.9		20.4
28a			19.0		57.6
28b			29.9		34.3
29			62.7		30.0
30			29.2		43.1
31	Condições de Trabalho		21.9		46.0
32			12.4		64.9
33			2.9		70.1
34			5.8		80.3

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

Itens	Dimensões	Perceção Negativa		Perceção Positiva	
		Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
35			5.8		40.4
36R			34.3		46.0

Nos itens relativos ao clima de trabalho em equipa é possível constatar que para 81.7% dos profissionais é fácil colocarem questões quando não compreendem algo (item 5) e 76.6% referem ter o apoio de que necessitam por parte de outros profissionais na prestação de cuidados ao doente (item 4), o que parece ser concordante com um clima de trabalho em equipa benigno.

Na dimensão clima de segurança, 84.6% tem conhecimento dos meios adequados para direcionar as questões relacionadas com a segurança do doente (item 9) e 82.5% referem que se sentiriam seguros caso fossem tratados naquele serviço como doente (item 7). No entanto, mais de metade dos profissionais (51.8%) refere que é difícil discutir os erros (item 11). Este resultado parece indicar que existem lacunas no clima de segurança do doente, impedindo que o assunto seja discutido de modo positivo e não depreciativo, o que pressupõe uma gestão de conflitos ineficaz.

Em relação à satisfação no trabalho 94.9% dos profissionais afirmam gostar do seu trabalho (item 15), 83.2 % têm orgulho no serviço onde desempenham funções (item 18) e concordam que o serviço onde trabalham é um bom local para trabalhar (item 17). Estes resultados refletem que os profissionais sentem confiança no seu local de trabalho, considerado o reflexo das suas atitudes (Hoch, 2010).

Na dimensão reconhecimento do stress 81.84% dos participantes afirma que a carga de trabalho excessiva prejudica o seu desempenho (item 20), 80.3% considera que quando está cansada é menos eficiente no seu trabalho (item 21) e 78.1% constata que a probabilidade de cometer erros aumenta em situações tensas ou hostis (item 22). Cerca de metade dos profissionais (50.4%) afirma que a fadiga influencia o seu desempenho em situações de emergência (item 23) reconhecendo os prejuízos da exaustão a que estão sujeitos.

Em relação à perceção da gestão, 44.5% dos profissionais concorda que a administração do serviço apoia os seus esforços diários (item 24a) e 53.3% considera que esta está a fazer um bom trabalho (item 26a). Pelo contrário, 41.6% dos participantes do estudo não considera que a administração hospitalar apoie os seus esforços (item 24b) e 31.4% discorda que a esta esteja a realizar um bom trabalho (item 26b). Nesta dimensão, são visíveis as diferenças da perceção da gestão do serviço com a gestão hospitalar, sendo esta última mais negativamente criticada. Estes resultados podem indicar distanciamento entre os profissionais que prestam cuidados diretos ao doente, os superiores hierárquicos e à administração, relativamente às questões de segurança (Rigobello et al., 2012). A contenção de custos na área da saúde e as inerentes

medidas políticas instituídas nas organizações têm influenciado negativamente a motivação dos profissionais da saúde, assim como, de forma inequívoca a perceção que estes têm do desempenho da administração e do serviço onde trabalham. Contudo, a maioria dos profissionais é unânime em afirmar que nem a administração do serviço nem a administração hospitalar comprometem de forma consciente a segurança dos doentes. Por fim, 62.7% dos inquiridos expressa que o número de profissionais no serviço não é suficiente para tratar o número de doentes (item 29). Estes resultados estão em conformidade com outros estudos realizados noutros países (R. Carvalho, 2011; Rigobello et al., 2012) e estão diretamente relacionados com o item 20 da dimensão anterior. Diversos fatores da situação de trabalho tal como a carga de trabalho devido a insuficiente *staff*, podem contribuir para a fadiga dos profissionais o que se irá repercutir na fiabilidade esperada e conseqüentemente na segurança do doente (Paulo Sousa, Uva, & Serranheira, 2010). A carga de trabalho pode influenciar a decisão na prestação de cuidados, reduzir o tempo gasto na comunicação quer com o doente, quer com os outros profissionais e reduzir a atenção das equipas para funções críticas de segurança, podendo criar condições predisponentes para erros (Carayon & Gurses, 2008). De facto, existe uma evidência crescente de que os eventos adversos estão correlacionados com níveis inadequados profissionais (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002)

Finalmente, uma percentagem significativa dos profissionais (46%) concorda que são comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados (item 36). A comunicação é essencial para a eficiência do trabalho, para um desempenho de alta qualidade e para um trabalho seguro. Porém, quando existem falhas, a segurança do doente é afetada, podendo colocar em causa o diagnóstico e a segurança do doente, conduzir à não continuidade de cuidados, a tratamentos ou procedimentos errados, inadequados ou pouco eficazes, com potenciais efeitos negativos para o doente (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010). A comunicação fornece relações de conhecimento, estabelece padrões de comportamento e é vital para a liderança e trabalho em equipa. Portanto, a prestação de cuidados segura requer uma comunicação eficaz entre todos os profissionais, com diferentes funções, formação, experiência e perspetivas sobre o cuidado (Flin, Winter, Sarac, & Raduma, 2009). Importa acrescentar que as estratégias de comunicação eficazes incluem a discussão de diferenças, focar os problemas e não as pessoas (Ayoko, Härtel, & Callan, 2002), estar disposto a encontrar soluções, mostrando respeito, praticando humildade e desenvolvendo uma variedade de habilidades de comunicação, incluindo empatia e capacidade de adaptação a situações em mudança.

Na tabela 6 são apresentadas as estatísticas descritivas para cada item, tendo em conta a padronização das respostas numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a *Discordo Totalmente* e 5 a *Concordo Totalmente*. O valor 6 - *Não Aplicável* - foi omitido do SPSS, uma vez que, não faz parte do cálculo das médias e pontuações finais.

Tabela 6 - Análise descritiva dos itens do SAQ

Itens	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
1.	3.88	0.923	1	5
2R.	3.42	1.257	1	5
3	3.86	1.147	1	5
4	4.02	1.034	1	5
5	4.24	0.971	1	5
6	3.60	1.166	1	5
7	4.40	0.850	1	5
8	3.93	1.016	1	5
9	4.26	0.815	1	5
10	3.50	1.265	1	5
11R	3.31	1.222	1	5
12	3.89	1.077	1	5
13	3.64	1.136	1	5
14	2.95	0.979	1	5
15	4.67	0.573	1	5
16	3.84	1.066	1	5
17	4.21	0.829	1	5
18	4.28	0.908	1	5
19	3.61	1.146	1	5
20	4.16	1.02	1	5
21	4.15	1.026	1	5
22	4.06	1.032	1	5
23	3.76	1.162	1	5
24a	3.22	1.265	1	5
24b	2.63	1.114	1	5
25a	3.55	1.228	1	5
25b	3.35	1.224	1	5
26a	3.52	1.081	1	5
26b	2.98	1.065	1	5
27a	3.12	1.101	1	5
27b	2.85	0.993	1	5
28a	3.49	1.046	1	5
28b	3.01	1.097	1	5
29	2.37	1.362	1	5
30	3.18	1.149	1	5
31	3.31	1.095	1	5
32	3.82	1.052	1	5
33	4.24	0.845	1	5
34	4.07	0.856	1	5
35	3.81	1.004	1	5
36R	3.17	1.215	1	5

É observado que as respostas variaram entre *discordo totalmente* (1) e *concordo totalmente* (5) em todos os itens. a média variou entre 4.67 e 2.37, valores correspondentes aos itens 15 e 29, respetivamente.

No sentido de determinar a perceção dos profissionais quanto ao clima de segurança, foram determinados os scores para a globalidade do instrumento e respetivas dimensões. Após o cálculo das médias de cada dimensão e do instrumento global, foram calculados os scores com base na fórmula $(m - 1) \times 25$, onde m é a média dos itens da dimensão em questão, variando entre 0 e 100. Uma pontuação igual ou superior a 75 indica uma forte concordância dos profissionais quanto às questões de segurança do doente, traduzindo um clima de segurança positivo (Sexton et al., 2006 a). A hipótese de resposta *não aplicável*, apesar de ser considerada significativa para o instrumento, não participa dos cálculos da média e score total e respetivas dimensões.

A tabela 7 apresenta a média, o desvio padrão, a mediana, o mínimo e o máximo para a globalidade do instrumento, bem como para cada dimensão. A média global do instrumento foi 66.03 (DP=13.53), o que indica que os participantes apresentam atitudes positivas face à segurança do doente acima do padrão internacional (60,00) (Sexton et al., 2006 a), idêntico ao valor determinado em 2015 na mesma organização (67.03) (Saraiva, 2015) e, superior a valores apresentados em outros estudos (R. Carvalho, 2011; W.-C. Lee et al., 2010; Raftopoulos & Pavlakis, 2013; Relihan, Glynn, Daly, Silke, & Ryder, 2009). Embora ligeiramente aquém da pontuação desejável (75), que sugere um forte clima de segurança, a Hipótese 2 - O clima de segurança do doente é positivo, é confirmada.

Atendendo às estatísticas descritivas das dimensões do instrumento, podemos verificar que a menor perceção de segurança dos profissionais é relativa à dimensão perceção da gestão (M=52.70; DP=19.52) e a maior às dimensões satisfação no trabalho (M=77.98; DP=18.77) e reconhecimento de stress (M=76.29; DP=21.35).

Tabela 7 - Análise descritiva das dimensões do SAQ

SAQ	Média Benck-mark*	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
SAQ	60.00	66.03	13.53	67.50	13.19	95.63
Trabalho em Equipa	68.50	71.38	18.76	75	12.50	100
Clima de Segurança	65.90	70.83	18.14	75	8.33	100
Satisfação no Trabalho	63.60	77.98	18.77	80	0	100
Reconhecimento Stress	67.80	76.29	21.35	81.25	6.25	100
Perceção da Gestão	46.40	52.70	19.52	52.27	0	100
Condições de Trabalho	55.90	60.48	21.59	62.50	0	100

*Sexton et al. (2006a)

4.3 Análise correlacional

4.3.1 Associação entre estilos de gestão conflito e clima de segurança do doente

Procurando investigar a Hipótese 3 - Existe associação entre os estilos de gestão de conflitos utilizados e o clima de segurança do doente, foi verificada a relação entre os estilos de gestão de conflito e o nível do clima de segurança, tendo sido confirmada. Os resultados estão discriminados na tabela 8.

No que concerne aos estilos de gestão de conflitos utilizados com a chefia, foram encontradas associações significativas positivas entre a colaboração e a perceção do clima de segurança ($r=0.316$; $p<0.01$), bem como com várias dimensões: trabalho em equipa ($r=0.338$; $p<0.01$), clima de segurança ($r=0.353$; $p<0.01$), satisfação no trabalho ($r=0.195$; $p<0.05$), perceção da gestão ($r=0.273$; $p<0.01$) e condições de trabalho ($r=0.190$; $p<0.05$). Estes resultados parecem indicar que quanto maior o uso de colaboração com a chefia, melhor o clima de trabalho em equipa, o clima de segurança, a satisfação no trabalho, a perceção de gestão e de condições de trabalho. A competição está negativamente correlacionada com as perceções do clima de segurança ($r=-0.237$; $p<0.01$), sobretudo com as dimensões trabalho em equipa ($r=-0.271$; $p<0.01$), satisfação no trabalho ($r=-0.242$; $p<0.01$) e condições de trabalho ($r=-0.299$; $p<0.01$). Esta associação negativa demonstra que quanto menor o uso da competição, melhores as perceções de clima de segurança no geral, de trabalho em equipa, satisfação no trabalho e condições de trabalho, em particular. O evitamento apresenta uma correlação positiva, ainda que mais fraca, com as dimensões clima de segurança ($r=0.189$; $p<0.05$), satisfação no trabalho ($r=0.175$; $p<0.05$) e perceção da gestão ($r=0.197$; $p<0.05$). Segundo estes resultados, quanto maior a utilização de evitamento na relação com a chefia, maior a perceção do clima de segurança, de satisfação e de perceção da gestão.

Nas relações entre colegas, a colaboração está positivamente correlacionada com a perceção do clima de segurança no geral ($r=0.267$; $p<0.01$) e com as dimensões trabalho em equipa ($r=0.283$; $p<0.01$), clima de segurança ($r=0.324$; $p<0.01$) e satisfação no trabalho ($r=0.216$; $p<0.01$), voltando a salientar a associação entre ser colaborativo e ter melhores perceções do clima de segurança, do trabalho em equipa e da satisfação profissional. Ainda na mesma relação com o oponente, foram verificadas associações negativas entre a competição e as dimensões trabalho em equipa ($r=-0.309$; $p<0.01$) e satisfação no trabalho ($r=-0.287$; $p<0.01$), indicando que quando existe mais competição entre os colegas, diminuem as perceções de trabalho em equipa e a satisfação profissional.

Por fim, na relação com os subordinados, as associações entre os estilos e perceção do clima de segurança são alteradas. O estilo acomodação está positivamente correlacionada com as

dimensões perceção de gestão ($r=0.396$; $p<0.05$) e condições de trabalho ($r=0.338$; $p<0.05$), sugerindo que quanto maior o uso da acomodação com os subordinados, melhores as perceções de gestão e de condições de trabalho. A competição demonstra nova correlação negativa com as perceções do clima de segurança ($r=-0.338$; $p<0.05$), nomeadamente, com a dimensão trabalho em equipa ($r=-0.383$; $p<0.05$), realçando que o uso da competição diminui as perceções do clima de segurança e de trabalho em equipa. Por último, o compromisso está positivamente correlacionado com a perceção do clima de segurança ($r=0.347$; $p<0.05$) e com as dimensões reconhecimento de stress ($r=0.383$; $p<0.05$), perceção de gestão ($r=0.338$; $p<0.05$) e condições de trabalho ($r=0.346$; $p<0.05$).

Tabela 8 - Correlação entre os estilos de gestão de conflitos e as perceções do clima de segurança

	SAQ	Trabalho Equipa	Clima Segurança	Satisfação Trabalho	Reconhec. Stress	Perceção Gestão	Condições Trabalho	
Chefia	Colaboração	0.316**	0.338**	0.353**	0.195*	-0.096	0.273**	0.190*
	Acomodação	0.125	0.138	0.122	0.117	-0.051	0.132	0.002
	Competição	-0.237**	-0.271**	-0.133	-0.242**	-0.003	-0.136	-0.299**
	Evitamento	0.192*	0.143	0.189*	0.175*	-0.076	0.197*	0.107
	Compromisso	0.020	0.032	-0.026	-0.062	0.078	0.091	-0.029
Colegas	Colaboração	0.267**	0.283**	0.324**	0.216*	-0.007	0.162	0.154
	Acomodação	0.156	0.090	0.120	0.007	0.114	0.144	0.128
	Competição	-0.225	-0.309**	-0.165	-0.287**	0.045	-0.106	-0.158
	Evitamento	0.099	0.087	0.131	0.106	-0.011	0.040	0.041
	Compromisso	0.106	0.144	0.084	0.036	0.161	0.041	0.042
Subordinados	Colaboração	0.148	0.225	0.209	-0.051	0.127	0.079	0.000
	Acomodação	0.330*	0.245	0.114	-0.051	-0.086	0.396*	0.338*
	Competição	-0.338*	-0.383*	-0.120	-0.253	0.130	-0.233	-0.271
	Evitamento	0.176	0.121	-0.047	0.090	0.175	0.232	0.181
	Compromisso	0.347*	0.199	0.131	0.083	0.383*	0.338*	0.346*

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Os resultados obtidos são apoiados por vários estudos que fomentam que uma gestão de conflitos adequada e eficaz está na base da prestação de cuidados de saúde seguros (Marshall & Robson, 2005; Scott & Gerardi, 2011a; Shin, 2013). Assim, gerir conflitos com êxito resultará, em última instância, no aprimoramento do trabalho em equipa, no envolvimento do pessoal e nos resultados positivos para os doentes (Kaufman, 2011). A colaboração com os colegas está consistentemente ligada a resultados melhorados para os doentes, força de trabalho produtiva e cultura segura (Clements et al., 2007; Leonard et al., 2004), ou seja, as relações de trabalho positivas nas equipas de saúde têm um efeito significativo na segurança e eficácia dos cuidados prestados aos doentes (Baggs et al., 1992; E. J. Thomas et al., 2003). A competição, por outro lado, caracterizada por uma abordagem baseada em poder, é concentrada em autoridade, pressupõe uma gestão de conflitos ineficaz, a qual tem impacto negativo na segurança do

doente (Azoulay et al., 2009; Baldwin Jr & Daugherty, 2008; Catchpole et al., 2008; Lingard et al., 2004; Marshall & Robson, 2005; Rogers et al., 2011; Shin, 2013).

4.3.2 Associação entre as variáveis independentes ordinais e os estilos de gestão de conflitos

Foram também efetuadas correlações entre as variáveis independentes ordinais (idade, habilitações literárias e anos de serviço) e os vários estilos de gestão de conflitos (tabela 9), tendo sido verificado que a variável idade não se encontra associada com qualquer estilo de gestão de conflito, qualquer que seja a relação profissional hierárquica estabelecida. Investigações anteriores revelaram não existirem diferenças significativas entre os grupos etários e a adoção de determinado estilo de gestão de conflito (Franque, 2006; Torres & Cunha, 2014), ou seja, a idade não é um fator que influencie o estilo de gestão de conflitos (Silva, 2012).

Relativamente à associação entre as habilitações literárias e os estilos de gestão de conflito, é encontrada uma correlação negativa com a acomodação ($r=-0.273$; $p<0.01$) e o evitamento ($r=-0.270$; $p<0.01$) para com a chefia, o que parece indicar que quanto maior a habilitação literária do profissional, menor o uso de estilos de acomodação e evitamento com os superiores hierárquicos. Outros estudos reportam que os indivíduos de maior nível académico utilizavam menos o evitamento e mais a competição do que os que têm menor nível académico (Rahim, 1985, 1986).

A variável profissional anos de serviço está negativamente correlacionada com os estilos colaboração ($r=-0.250$; $p<0.01$) e acomodação ($r=-0.223$; $p<0.01$) para com a chefia, sugerindo que quanto mais anos de serviço, menor o uso de colaboração e acomodação com a chefia. Similarmente, é encontrada uma correlação negativa entre os anos de serviço e a colaboração ($r=-0.218$; $p<0.05$) e a acomodação ($r=-0.182$; $p<0.05$) para com os colegas. Por fim, os anos de serviço estão negativamente correlacionados com a competição ($r=-0.398$; $p<0.05$) na relação com os subordinados, insinuando que quanto mais anos de serviço o profissional tem, menor o uso de competição com os subordinados. Contrariamente, outras investigações revelaram não existir relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e os estilos de gestão de conflitos adotados (Franque, 2006; Torres & Cunha, 2014).

Portanto, a Hipótese 4 - Existe associação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e os estilos de gestão de conflitos utilizados, é parcialmente aceite, uma vez que, todas as variáveis independentes ordinais, exceto a idade, apresentam associação com os estilos de gestão de conflitos.

Tabela 9 - Correlação entre os estilos de gestão de conflitos e as variáveis sociodemográficas e profissionais

	Idade	Habilitações Literárias	Anos Serviço
Colaboração Chefia	-0.154	-0.030	-0.250**
Acomodação Chefia	-0.081	-0.273**	-0.223**
Competição Chefia	-0.005	0.060	-0.012
Evitamento Chefia	0.092	-0.270**	-0.075
Compromisso Chefia	0.014	0.123	-0.069
Colaboração Colegas	-0.098	0.015	-0.218*
Acomodação Colegas	-0.074	0.023	-0.182*
Competição Colegas	-0.127	0.058	0.012
Evitamento Colegas	0.060	-0.109	-0.098
Compromisso Colegas	0.018	0.072	-0.080
Colaboração Subordinados	0.034	0.269	0.077
Acomodação Subordinados	0.120	0.006	-0.226
Competição Subordinados	-0.111	-0.180	-0.398*
Evitamento Subordinados	0.061	-0.193	-0.002
Compromisso Subordinados	0.098	-0.049	-0.095

*p< 0.05 **p< 0.01

4.3.3 Associação entre as variáveis independentes ordinais e o clima de segurança do doente

No que diz respeito à associação entre as variáveis independentes ordinais e as perceções do clima de segurança, é possível verificar que existe uma correlação positiva entre a idade e a perceção de gestão ($r=0.180$; $p<0.05$), propondo que quanto maior a idade dos profissionais, melhor a sua perceção de gestão. Os resultados demonstram também a presença de uma associação negativa entre as habilitações literárias e a satisfação no trabalho ($r=-0.176$; $p<0.05$). Isto parece indicar que quanto maiores as habilitações literárias dos profissionais, menor a sua satisfação profissional, o que pode ser devido, em parte, à não progressão de carreiras. Já a associação entre os anos de serviço e o clima de segurança ($r=-0.216$; $p<0.05$) sugere que quantos mais anos de serviço, menor a perceção de clima de segurança. Os resultados encontram-se na tabela 10.

Assim, a Hipótese 5 - Existe associação entre as características sociodemográficas e profissionais dos participantes e o clima de segurança do doente é confirmada.

Tabela 10 - Correlação entre a percepção do clima de segurança e as variáveis sociodemográficas e profissionais

	Idade	Habilitações Literárias	Anos Serviço
SAQ	0.157	-0.076	-0.068
Trabalho em Equipa	0.058	-0.001	-0.117
Clima de Segurança	0.097	-0.129	-0.216*
Satisfação Trabalho	0.057	-0.176*	-0.109
Reconhecimento Stress	0.066	0.093	0.133
Percepção Gestão	0.180*	-0.087	-0.003
Condições Trabalho	0.058	0.111	-0.071

*p < 0.05

4.4 Análise inferencial

De modo a verificar se as variáveis independentes interferem nos comportamentos em estudo - estilos de gestão de conflito e atitudes de segurança - foram efetuados os testes paramétricos para comparação de médias entre 2 ou mais grupos, mediante o uso do teste *t-student* e do teste ANOVA, respetivamente. Para a comparação entre 3 ou mais grupos, é necessário recodificar as variáveis, de forma a agrupá-las em classes. A realização desta análise permite identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam os estilos de gestão de conflitos e o clima de segurança do doente.

4.4.1 Influência das variáveis sociodemográficas nos estilos de gestão de conflitos e no clima de segurança do doente

A primeira análise inferencial efetuada, através da realização dos testes *post-hoc*, pretendeu verificar a influência da variável idade nos estilos de gestão de conflito e nas percepções de segurança, conforme demonstra a tabela 11. A idade apenas parece influenciar a dimensão percepção de gestão ($Z=2.945; p=0.035$), o que aparentemente indica que os profissionais com idades entre os 35 e os 44 anos têm uma percepção de gestão significativamente pior que os profissionais com idades entre os 45 e os 54 anos.

Tabela 11 - Influência da variável idade nos estilos de gestão de conflitos e na percepção do clima de segurança

	Idade				Z	p
	<25-34 (n=24) M±DP	35-44 (n=68) M±DP	45-54 (n=34) M±DP	55-64 (n=11) M±DP		
Estilos Gestão Conflitos						
Colaboração Chefia	29.92±3.31	29.09±2.74	28.41±2.66	28.91±3.51	1.283	0.283
Acomodação Chefia	21.46±3.51	20.84±3.78	20.06±3.96	21.18±3.74	0.718	0.543

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

	Idade				Z	p
	<25-34 (n=24) M±DP	35-44 (n=68) M±DP	45-54 (n=34) M±DP	55-64 (n=11) M±DP		
Competição Chefia	13.88±3.52	13.99±3.56	14.35±3.22	12.82±3.19	0.556	0.645
Evitamento Chefia	19.33±5.05	19.66±3.57	18.97±3.83	22.00±4.43	1.645	0.182
Compromisso Chefia	14.96±2.01	15.12±1.81	15.24±1.76	14.91±1.58	0.154	0.927
Colaboração Colegas	29.42±3.97	29.44±2.51	28.47±2.77	29.18±2.44	0.933	0.427
Acomodação Colegas	18.58±3.31	16.79±3.74	17.53±3.68	16.82±4.83	1.455	0.230
Competição Colegas	13.63±3.54	13.54±3.55	13.27±3.43	11.09±2.77	1.673	0.176
Evitamento Colegas	20.25±4.95	19.85±3.50	19.12±4.05	22.55±2.66	2.230	0.088
Compromisso Colegas	15.00±2.40	15.57±1.62	15.15±2.08	15.46±1.70	0.726	0.538
Colaboração Sub.	29.0±0.00	28.31±1.80	29.71±2.89	27.80±2.17	1.209	0.322
Acomodação Sub.	24.00±0.00	16.69±2.14	18.53±3.47	18.80±1.92	2.692	0.063
Competição Sub.	16.00±0.00	14.54±3.15	11.77±3.19	15.40±3.85	2.782	0.057
Evitamento Sub.	19.00±0.00	18.39±2.60	18.65±4.23	19.20±3.03	0.067	0.977
Compromisso Sub.	15.00±0.00	14.69±1.89	15.65±1.50	14.80±2.78	0.736	0.539
Perceção d Segurança	62.86±16.14	65.01±13.48	69.27±12.47	69.27±9.09	1.442	0.234
Trabalho em Equipa	72.14±22.46	69.50±19.93	72.99±15.28	76.55±10.92	0.596	0.619
Clima de Segurança	68.78±23.21	70.45±17.77	70.10±16.28	79.98±11.86	1.066	0.366
Satisfação Trabalho	74.79±24.61	78.88±17.34	77.21±18.25	81.82±15.37	0.450	0.718
Reconheci. Stress	70.47±26.03	77.85±22.01	77.15±17.03	76.25±18.82	0.704	0.551
Perceção Gestão	48.16±18.20	50.05±20.68	60.81±17.90	53.93±13.26	2.945	0.035*
Condições Trabalho	62.86±24.13	57.11±20.88	64.46±21.40	64.02±20.61	1.133	0.338

*p<0.05

De seguida, foi objetivada a comparação de diferenças de género nos estilos de gestão de conflito e a perceção de segurança (tabela 12). A única diferença estatisticamente significativa encontrada nos estilos de gestão de conflito diz respeito à competição com os subordinados ($t=3.577$; $p=0.001$). Este resultado indica que o género masculino apresenta significativamente um maior uso do estilo competição com os subordinados, comparativamente com o género feminino. Há evidência de que as mulheres preferem utilizar estratégias de acomodação e compromisso, enquanto os homens privilegiam o uso de estratégias competitivas (Holt & DeVore, 2005). Embora, os resultados dos estudos sejam contraditórios relativamente ao género, tendo sido verificado que quer os homens como as mulheres partilham de uma posição muito semelhante face à gestão de conflitos (Cunha et al., 2003; McIntyre, 2007; Munduate et al., 1993).

Na perceção de segurança foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-2.405$; $p=0.019$), sendo que o género feminino apresenta melhores perceções de segurança, quando comparadas com o género masculino, bem como perceções de clima de segurança ($t=-2.103$; $p=0.039$) e de satisfação no trabalho mais favoráveis ($t=-2.524$; $p=0.013$).

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

Tabela 12 - Influência da variável género nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança

	Género				t	p
	Masculino (n=48)		Feminino (n=89)			
	M	DP	M	DP		
Estilos de Gestão de Conflito						
Colaboração Chefia	29.46	2.86	28.83	2.92	1.209	0.229
Acomodação Chefia	21.33	3.23	20.48	4.01	1.264	0.208
Competição Chefia	13.69	3.78	14.11	3.24	-0.691	0.491
Evitamento Chefia	19.90	4.59	19.47	3.70	0.587	0.558
Compromisso Chefia	15.25	1.62	15.02	1.89	0.705	0.482
Colaboração Colegas	29.38	2.94	29.07	2.84	0.597	0.551
Acomodação Colegas	18.06	3.49	16.88	3.86	1.773	0.079
Competição Colegas	13.48	3.98	13.19	3.22	0.431	0.668
Evitamento Colegas	20.27	3.83	19.79	3.99	0.687	0.493
Compromisso Colegas	15.44	1.60	15.32	2.04	0.361	0.718
Colaboração Subordinados	28.75	2.45	29.00	2.52	-0.283	0.779
Acomodação Subordinados	18.17	3.71	18.00	2.77	0.152	0.880
Competição Subordinados	15.75	2.45	12.21	3.39	3.577	0.001*
Evitamento Subordinados	19.58	3.70	18.17	3.23	1.183	0.245
Compromisso Subordinados	14.67	1.92	15.42	1.77	-1.166	0.252
Perceção de Segurança	61.99	15.71	68.21	11.73	-2.405	0.019*
Trabalho em Equipa	67.62	21.41	73.43	16.93	-1.624	0.108
Clima de Segurança	66.05	21.36	73.41	15.67	-2.103	0.039*
Satisfação Trabalho	72.58	21.15	80.90	16.76	-2.524	0.013*
Reconhecimento Stress	78.22	21.75	75.30	21.19	0.750	0.455
Perceção Gestão	49.27	18.94	54.55	19.68	-1.517	0.132
Condições Trabalho	56.47	21.84	62.59	21.28	-1.581	0.116

*p<0.05

Relativamente à variável estado civil (tabela 13), apenas o compromisso parece ser influenciado ($Z=4.279$; $p=0.022$). A realização dos testes *post-hoc* permitiu verificar que o grupo dos profissionais casados ou em união de facto apresentam significativamente um maior uso do estilo compromisso com os subordinados, quando comparados com o grupo dos profissionais divorciados. Apenas em outro estudo foram encontradas diferenças significativas ao nível do compromisso e da competição, evidenciando uma maior utilização do compromisso por parte dos casados e uma maior utilização da competição por parte dos divorciados (Torres & Cunha, 2014).

Tabela 13 - Influência da variável estado civil nos estilos de gestão de conflitos e na percepção do clima de segurança

	Estado Civil			Z	p
	Solteiro (n=28) M±DP	Casado/UF (n=93) M±DP	Divorciado (n=16) M±DP		
Estilos de Gestão de Conflitos					
Colaboração Chefia	29.36±3.09	29.01±2.71	28.75±3.73	0.248	0.781
Acomodação Chefia	21.57±4.26	20.42±3.58	21.50±3.85	1.345	0.264
Competição Chefia	14.04±4.19	13.95±3.21	13.94±3.47	0.008	0.992
Evitamento Chefia	20.64±4.41	19.11±3.86	20.81±3.94	2.412	0.093
Compromisso Chefia	15.21±1.45	15.12±1.85	14.81±2.11	0.262	0.770
Colaboração Colegas	29.04±3.18	29.20±2.83	29.25±2.67	0.043	0.958
Acomodação Colegas	17.21±4.03	17.46±3.77	16.44±3.33	0.509	0.602
Competição Colegas	13.43±3.72	13.31±3.51	12.94±3.15	0.104	0.901
Evitamento Colegas	20.54±4.41	19.67±3.84	20.63±3.58	0.787	0.457
Compromisso Colegas	15.18±1.98	15.42±1.92	15.31±1.62	0.177	0.838
Colaboração Sub.	27.25±1.71	29.24±2.59	28.00±0.00	1.405	0.260
Acomodação Sub.	17.00±2.16	18.38±3.26	16.33±0.58	0.868	0.429
Competição Sub.	16.00±2.71	12.83±3.50	15.33±3.06	2.058	0.144
Evitamento Sub.	19.25±3.30	18.35±3.56	20.67±1.16	0.691	0.508
Compromisso Sub.	14.50±3.00	15.52±1.30	12.67±3.06	4.279	0.022*
Percepção de Segurança	67.37±12.07	65.34±13.59	67.69±16.02	0.375	0.688
Trabalho em Equipa	71.30±19.08	71.25±18.69	72.32±19.83	0.022	0.978
Clima de Segurança	72.36±17.34	70.61±18.28	69.42±19.65	0.153	0.858
Satisfação Trabalho	80.54±20.20	76.16±18.63	84.14±16.03	1.574	0.211
Reconhecimento Stress	74.48±21.24	78.43±21.30	84.14±16.03	2.002	0.139
Percepção Gestão	55.95±14.12	50.53±19.74	59.66±24.60	2.011	0.138
Condições Trabalho	64.44±23.58	58.70±20.39	63.80±24.75	0.973	0.381

*p<0.05

A variável habilitações literárias foi recodificada de forma a permitir agrupar as várias opções em apenas quatro classes, conforme demonstra a tabela 14. A variável habilitações literárias demonstrou influenciar o estilo de acomodação com a chefia, sendo que os participantes com habilitações literárias ao nível do ensino secundário são significativamente mais acomodativos com a chefia, quando comparados com os participantes que possuem mestrado ou doutoramento ($Z=4.079$; $p=0.008$). Possuir um grau académico maior também parece influenciar o uso do estilo evitamento com a chefia, sendo que os resultados demonstram que os profissionais com o ensino secundário são significativamente mais evitativos com a chefia que os profissionais com habilitações superiores ($Z=4.292$; $p=0.006$). Outros estudos reportam que os indivíduos de maior nível académico utilizavam menos o evitamento e mais a competição do que os que têm menor nível académico, ou seja, os sujeitos tendem a ser mais competitivos e menos evitativos à medida que tem um maior nível educacional (Rahim, 1985, 1986). Por

outro lado, também foi constatado que o uso da colaboração desce com a diminuição do nível de escolaridade (Konovsky, Jaster & McDonald, 1989 cit. por Munduate et al., 1993).

Relativamente às perceções de segurança, os participantes com habilitações ao nível do ensino secundário, apresentam uma perceção de gestão significativamente melhor que os profissionais licenciados ($Z=3.148$; $p=0.027$).

Tabela 14 - Influência da variável habilitações literárias nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança

	Habilitações Literárias				Z	p
	Ensino Básico (n=6) M±DP	Ensino Secundário (n=27) M±DP	Bacharelato/Licenciatura (n=72) M±DP	Mestrado/Doutoramento (n=32) M±DP		
Estilos Gestão Conflitos						
Colaboração Chefia	30.00±3.23	29.00±2.83	29.10±2.92	28.81±2.96	0.290	0.832
Acomodação Chefia	23.00±2.61	22.56±3.53	20.42±3.46	19.69±4.23	4.079	0.008*
Competição Chefia	11.33±3.50	13.89±4.57	14.43±3.28	13.47±3.59	1.885	0.135
Evitamento Chefia	21.00±4.98	21.82±3.91	19.17±3.87	18.53±3.69	4.292	0.006*
Compromisso Chefia	14.83±1.47	14.70±1.75	15.18±1.98	15.31±1.45	0.672	0.571
Colaboração Colegas	30.33±3.14	28.89±2.71	29.14±3.10	29.28±2.47	0.428	0.733
Acomodação Colegas	18.00±3.10	17.44±3.93	16.99±3.73	17.72±3.93	0.376	0.771
Competição Colegas	12.17±2.79	13.67±3.41	12.94±3.33	13.97±4.00	0.949	0.419
Evitamento Colegas	20.50±3.39	21.04±3.75	19.57±3.95	19.81±4.11	0.966	0.411
Compromisso Colegas	15.67±1.86	15.07±1.96	15.33±1.96	15.59±1.74	0.420	0.739
Colaboração Sub.	25.00±0.00	26.00±2.83	29.55±2.37	28.55±2.12	2.668	0.064
Acomodação Sub.	20.00±0.00	20.00±1.41	17.46±3.11	18.72±3.13	0.852	0.476
Competição Sub.	20.00±0.00	13.50±6.37	12.82±3.57	13.91±2.63	1.526	0.227
Evitamento Sub.	24.00±0.00	20.50±0.71	18.36±2.95	18.36±4.30	1.106	0.361
Compromisso Sub.	16.00±0.00	15.00±1.41	15.27±1.83	14.91±2.07	0.160	0.923
Perceção Segurança	67.04±6.01	70.46±11.12	63.82±13.69	67.09±15.33	1.707	0.169
Trabalho em Equipa	70.14±8.90	73.10±16.25	70.09±19.22	73.03±21.34	0.275	0.843
Clima de Segurança	77.98±10.21	75.66±16.67	68.96±18.12	69.62±20.06	1.257	0.292
Satisfação Trabalho	81.67±4.08	85.60±18.24	76.27±19.31	74.73±18.38	2.135	0.099
Reconheci. Stress	86.46±16.55	69.60±22.27	76.91±19.53	78.71±24.40	1.511	0.215
Perceção Gestão	47.73±27.84	61.88±15.29	49.07±18.63	54.07±21.10	3.148	0.027*
Condições Trabalho	56.94±29.07	60.90±24.30	57.00±20.39	68.62±19.17	2.256	0.085

* $p<0.05$

Mediante o exposto, a Hipótese 6 - As características sociodemográficas dos participantes influenciam significativamente os estilos de gestão de conflitos utilizados e o clima de segurança do doente, é parcialmente aceite, uma vez que, a idade não influencia os estilos de gestão de conflitos, nem o estado civil e as habilitações literárias influenciam a perceção de segurança.

4.4.2 Influência das variáveis profissionais nos estilos de gestão de conflitos e no clima de segurança do doente

O presente estudo pretende também verificar a influência das variáveis profissionais (escolha de serviço, período de integração, função, área de atuação, anos de serviço e colaboradores a cargo) na forma de lidar com os conflitos e nas perceções de segurança.

A variável escolha de serviço (tabela 15) parece influenciar as perceções de segurança, nomeadamente a dimensão clima de segurança ($t=-2.054$; $p=0.042$) e satisfação no trabalho ($t=-2.615$; $p=0.010$), sugerindo que os profissionais cuja a escolha do serviço foi da instituição apresentam perceções de clima de segurança e de satisfação no trabalho significativamente maiores, quando comparados com os profissionais que escolheram o serviço por vontade própria. O que pode mostrar que a instituição adequa convenientemente os profissionais aos serviços onde trabalham.

Tabela 15 - Influência da variável escolha de serviço nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança

	Escolha de Serviço				t	p
	Própria (n=60)		Instituição (n=77)			
	M	DP	M	DP		
Estilos de Gestão de Conflito						
Colaboração Chefia	28.88	2.81	29.18	2.99	-0.596	0.552
Acomodação Chefia	20.25	3.83	21.20	3.68	-1.464	0.146
Competição Chefia	14.28	3.79	13.71	3.12	0.964	0.337
Evitamento Chefia	19.02	3.76	20.09	4.18	-1.559	0.121
Compromisso Chefia	15.08	1.54	15.12	1.99	-0.111	0.912
Colaboração Colegas	29.02	2.64	29.30	3.05	-0.569	0.570
Acomodação Colegas	17.45	3.59	17.17	3.92	0.432	0.666
Competição Colegas	13.30	3.66	13.29	3.38	0.025	0.981
Evitamento Colegas	19.77	3.47	20.10	4.27	-0.510	0.611
Compromisso Colegas	15.47	1.53	15.27	2.14	0.618	0.538
Colaboração Subordinados	28.35	2.30	29.63	2.55	-1.574	0.125
Acomodação Subordinados	18.65	2.54	17.31	3.55	1.316	0.197
Competição Subordinados	13.35	3.56	13.44	3.56	-0.073	0.942
Evitamento Subordinados	18.20	2.59	19.19	4.25	-0.861	0.395
Compromisso Subordinados	15.15	1.90	15.19	1.80	-0.060	0.952
Perceção de Segurança	64.93	15.03	66.90	12.28	-0.844	0.400
Trabalho em Equipa	70.66	20.69	71.93	17.27	-0.389	0.698
Clima de Segurança	67.27	19.47	73.61	16.64	-2.054	0.042*
Satisfação Trabalho	73.33	20.80	81.61	16.24	-2.615	0.010*
Reconhecimento Stress	78.04	21.48	74.95	21.30	0.834	0.406
Perceção Gestão	52.49	19.92	52.87	19.33	-0.111	0.912
Condições Trabalho	62.50	22.24	58.93	21.10	0.956	0.341

* $p < 0.05$

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

Ao analisar a influência da variável período de integração (tabela 16), os resultados propõem que os profissionais que não tiveram período de integração apresentam um uso da competição com os colegas significativamente maior que os profissionais que passaram por um período de integração ($t=-3.048$; $p=0.003$). Este dado pode indicar que a fase de integração na equipa é um momento fulcral para manter estilos de gestão de conflitos produtivos.

Na dimensão reconhecimento de stress também existem diferenças significativas entre os grupos, o que significa que o facto de o profissional atravessar um período de integração melhora a sua perceção de reconhecimento de stress, quando comparado com os profissionais que não têm período de integração ($t=2.140$; $p=0.034$).

Tabela 16 - Influência da variável período de integração nos estilos de gestão de conflito e na perceção do clima de segurança

	Período de Integração				t	p
	Sim (n=110)		Não (n=27)			
	M	DP	M	DP		
Estilos de Gestão de Conflito						
Colaboração Chefia	29.16	2.96	28.63	2.66	0.842	0.402
Acomodação Chefia	20.86	3.79	20.48	3.73	0.460	0.646
Competição Chefia	13.76	3.41	14.78	3.47	-1.382	0.169
Evitamento Chefia	19.38	4.13	20.59	3.47	-1.407	0.162
Compromisso Chefia	15.11	1.73	15.07	2.11	0.090	0.928
Colaboração Colegas	29.36	2.91	28.44	2.61	1.483	0.140
Acomodação Colegas	17.26	3.70	17.44	4.08	-0.234	0.815
Competição Colegas	12.86	3.32	15.07	3.68	-3.048	0.003*
Evitamento Colegas	19.86	3.98	20.37	3.74	-0.610	0.543
Compromisso Colegas	15.44	1.91	15.04	1.81	0.982	0.328
Colaboração Subordinados	29.08	2.19	28.50	3.17	0.623	0.537
Acomodação Subordinados	17.58	3.20	19.30	2.36	-1.542	0.132
Competição Subordinados	13.89	3.18	12.10	4.15	1.385	0.175
Evitamento Subordinados	18.42	2.39	19.20	5.37	-0.441	0.668
Compromisso Subordinados	15.04	1.93	15.50	1.58	-0.673	0.505
Perceção de Segurança	66.34	12.48	64.79	17.40	0.532	0.596
Trabalho em Equipa	72.44	18.25	66.91	20.56	1.356	0.177
Clima de Segurança	71.96	17.53	66.22	20.13	1.480	0.141
Satisfação Trabalho	79.44	17.53	72.04	22.54	1.854	0.066
Reconhecimento Stress	78.19	20.28	68.35	24.19	2.140	0.034*
Perceção Gestão	51.47	18.97	57.71	21.28	-1.495	0.137
Condições Trabalho	60.44	20.57	60.65	25.77	-0.046	0.964

* $p<0.05$

A variável função parece influenciar os estilos de gestão de conflito de acomodação ($Z=4.035$; $p=0.004$) e evitamento com a chefia ($Z=3.247$; $p=0.014$). Estes resultados sugerem que os

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

assistentes operacionais usam significativamente mais a acomodação com a chefia, quando comparados com os enfermeiros. O evitamento também é significativamente mais usado com a chefia pelos assistentes operacionais, quando comparados com os enfermeiros e os técnicos superiores.

Já na relação com os colegas, os médicos parecem usar significativamente mais a acomodação, quando comparados com os profissionais que ocupam funções de enfermeiro ou de assistentes técnicos administrativos ($Z=3.631$; $p=0.008$).

Relativamente às perceções de segurança, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nas dimensões clima de segurança ($Z=3.474$; $p=0.010$) e perceção de gestão ($Z=4.455$; $p=0.002$). Assim, é possível perceber que os enfermeiros apresentam uma perceção de clima de segurança significativamente melhor que os técnicos superiores. O teste demonstra também que os assistentes técnicos administrativos apresentam uma perceção de gestão significativamente melhor, quando comparados com os enfermeiros e os técnicos superiores.

Os resultados acima descritos estão detalhados na tabela 17.

Tabela 17 - Influência da variável função nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança

	Função					Z	p
	Médico (n=3) M±DP	Enfermeiro (n=59) M±DP	Técnico Superior (n=39) M±DP	Assistente Operacional (n=20) M±DP	A.T.Admi nistrativo (n=16) M±DP		
Estilos Gestão Conflitos							
Colaboração Chef.	30.33±2.52	28.61±2.86	29.33±2.87	28.95±3.09	28.88±2.99	0.906	0.463
Acomodação Chef.	24.00±3.00	19.66±3.33	20.67±4.14	22.65±3.03	22.25±3.92	4.035	0.004*
Competição Chef.	14.00±1.00	14.37±3.37	13.82±3.57	13.20±3.69	13.75±3.40	0.483	0.748
Evitamento Chef.	21.67±7.10	18.80±3.61	19.26±4.06	22.25±3.93	19.88±3.91	3.247	0.014*
Compromisso Chef.	16.67±1.16	15.03±2.03	15.39±1.53	14.60±1.31	15.00±2.03	1.239	0.298
Colaboração Col.	29.00±1.00	28.93±3.01	29.56±2.75	29.15±3.13	29.19±2.69	0.282	0.889
Acomodação Col.	23.33±3.06	16.88±3.49	17.67±4.06	18.25±3.60	15.56±3.03	3.631	0.008*
Competição Col.	16.33±3.22	13.32±3.54	13.26±3.74	12.90±3.49	13.19±2.81	0.631	0.641
Evitamento Col.	22.00±6.56	19.50±3.95	19.92±4.09	21.85±3.25	19.00±3.27	1.856	0.122
Compromisso Col.	16.33±0.58	15.12±2.05	15.80±1.67	15.10±1.59	15.31±2.21	1.051	0.384
Colaboração Sub.	30.33±3.22	29.32±2.53	28.50±0.93	24.50±0.71	28.00±0.00	2.432	0.068
Acomodação Sub.	22.33±2.52	17.41±2.75	17.50±3.30	20.50±0.71	19.00±0.00	2.477	0.065
Competição Sub.	14.00±1.73	13.00±3.31	13.38±3.89	19.00±1.41	9.00±0.00	1.954	0.126
Evitamento Sub.	21.67±5.51	17.73±3.28	18.88±2.30	22.50±2.12	20.00±0.00	1.838	0.147
Compromisso Sub.	16.00±0.00	15.05±2.17	15.13±1.36	15.00±1.41	16.00±0.00	0.216	0.928
Perceção Segurança	78.06±19.32	65.60±12.76	62.55±15.66	67.26±10.21	72.33±11.03	2.239	0.068

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

	Função					Z	p
	Médico (n=3) M±DP	Enfermeiro (n=59) M±DP	Técnico Superior (n=39) M±DP	Assistente Operacional (n=20) M±DP	A.T. Administrativo (n=16) M±DP		
Trabalho Equipa	82.64±14.18	71.94±18.25	68.58±22.01	73.46±15.35	71.28±17.56	0.550	0.700
Clima Segurança	73.61±24.65	73.75±15.68	62.09±20.39	74.41±17.82	76.41±14.54	3.474	0.010*
Satisfação Trabalho	73.33±20.82	77.75±16.41	72.95±22.70	81.31±18.13	87.81±13.54	2.068	0.089
Reconhec. Stress	87.50±6.25	77.69±21.50	79.17±20.50	73.13±23.14	66.28±20.53	1.451	0.221
Perceção Gestão	73.49±29.31	48.77±19.57	50.50±17.73	53.21±18.02	68.03±15.51	4.455	0.002*
Condições Trabalho	84.72±16.84	57.49±18.95	63.46±22.37	56.67±24.68	64.72±23.56	1.754	0.142

*p<0.05

A única diferença estatística significativa entre os diferentes grupos de área de atuação (tabela 18) diz respeito à dimensão trabalho em equipa (Z=3.997; p=0.021), que demonstra que os profissionais que trabalham na área de adultos têm significativamente melhores perceções de trabalho em equipa, quando comparados com os profissionais que trabalham com ambas as populações.

Tabela 18 - Influência da variável área de atuação nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança

	Área de Atuação			Z	p
	Adultos (n=42) M±DP	Crianças (n=22) M±DP	Ambos (n=73) M±DP		
Estilos Gestão Conflitos					
Colaboração Chefia	29.43±2.72	28.09±2.78	29.12±3.01	1.597	0.206
Acomodação Chefia	20.43±4.33	20.55±3.74	21.06±3.44	0.417	0.660
Competição Chefia	13.62±4.01	14.14±2.25	14.11±3.39	0.303	0.739
Evitamento Chefia	19.00±4.46	19.68±3.41	19.96±3.94	0.758	0.471
Compromisso Chefia	15.14±2.04	14.91±1.63	15.14±1.72	0.149	0.862
Colaboração Colegas	29.12±2.23	29.05±1.36	29.25±3.01	0.052	0.949
Acomodação Colegas	17.43±4.12	17.23±3.49	17.23±3.68	0.039	0.961
Competição Colegas	12.91±4.17	13.64±2.44	13.41±3.36	0.404	0.668
Evitamento Colegas	19.07±4.82	20.23±2.65	20.38±3.64	1.563	0.213
Compromisso Colegas	15.33±2.13	15.41±1.14	15.36±1.95	0.011	0.989
Colaboração Sub.	28.82±2.71	28.00±1.10	29.26±2.64	0.597	0.556
Acomodação Sub.	18.36±2.84	18.83±3.31	17.63±3.20	0.417	0.662
Competição Sub.	12.55±3.14	13.50±2.26	13.84±4.05	0.465	0.632
Evitamento Sub.	17.64±4.27	18.67±1.37	19.21±3.31	0.732	0.488
Compromisso Sub.	15.09±1.92	15.00±2.45	15.26±1.66	0.058	0.944
Perceção de Segurança	67.61±11.87	68.95±11.74	64.25±14.77	1.438	0.241
Trabalho em Equipa	75.93±15.03	76.42±15.12	67.19±20.82	3.997	0.021*
Clima de Segurança	74.05±17.39	73.27±18.05	68.25±18.43	1.614	0.203
Satisfação Trabalho	80.12±18.23	81.99±14.82	75.55±19.96	1.396	0.251

	Área de Atuação			Z	p
	Adultos (n=42) M±DP	Crianças (n=22) M±DP	Ambos (n=73) M±DP		
Reconhecimento Stress	80.79±19.46	78.31±20.71	73.12±22.29	1.827	0.165
Perceção Gestão	52.19±19.32	50.67±21.41	53.61±19.27	0.211	0.810
Condições Trabalho	58.83±18.43	67.80±22.61	59.20±22.79	1.526	0.221

*p<0.05

Relativamente à variável anos de serviço, existem diversas diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais com diferentes anos de serviço, após a variável ter sido recodificada em quatro classes. Através da análise da tabela 19, é possível verificar que existem diferenças significativas na colaboração com a chefia ($Z=3.450$; $p=0.019$) e colaboração com os colegas ($Z=2.763$; $p=0.045$), o que sugere que os profissionais com menos anos de serviço apresentam significativamente um uso maior da colaboração com a chefia e com os colegas, quando comparados com os profissionais que têm entre 11 e 20 anos de serviço. A variável anos de serviço demonstra igualmente influenciar a competição com os subordinados ($Z=3.211$; $p=0.036$), o que expressa que os profissionais que têm entre 11 e 20 anos têm um uso significativamente maior do estilo competição com os subordinados, quando comparados com os que trabalham há mais de 21 anos. Contrariamente, outras investigações revelaram não existir relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e os estilos de gestão de conflitos adotados (Franque, 2006; Torres & Cunha, 2014).

No que concerne às perceções de segurança, os anos de serviço dos profissionais influenciam de forma ténue a perceção do trabalho em equipa ($Z=2.690$; $p=0.049$) e do clima de segurança ($Z=3.753$; $p=0.013$), sendo perceptível que os profissionais que trabalham há menos de 2 anos apresentam uma perceção de trabalho em equipa e de clima de segurança significativamente melhor que os profissionais que têm entre 11 e 20 anos de serviço.

Tabela 19 - Influência da variável anos de serviço nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança

	Anos de Serviço				Z	p
	≤ 2 anos (n=10) M±DP	3-10 anos (n=27) M±DP	11-20 anos (n=76) M±DP	≥21anos (n=24) M±DP		
Estilos Gestão Conflitos						
Colaboração Chefia	31.30±2.83	29.78±3.20	28.65±2.62	28.58±3.01	3.450	0.019*
Acomodação Chefia	22.30±4.11	21.56±3.33	20.84±3.70	19.08±3.90	2.650	0.051
Competição Chefia	14.20±4.69	14.44±2.79	13.78±3.57	13.92±3.18	0.266	0.850
Evitamento Chefia	20.90±5.38	19.30±4.14	19.67±4.01	19.29±3.41	0.448	0.719
Compromisso Chefia	15.60±2.27	14.93±1.73	15.13±1.64	15.00±2.19	0.369	0.776
Colaboração Colegas	31.10±3.25	29.89±3.47	28.78±2.63	28.83±2.35	2.763	0.045*
Acomodação Colegas	18.90±4.53	18.41±2.91	17.00±3.96	16.29±3.33	2.169	0.095

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

	Anos de Serviço				Z	p
	≤ 2 anos (n=10) M±DP	3-10 anos (n=27) M±DP	11-20 anos (n=76) M±DP	≥21anos (n=24) M±DP		
Competição Colegas	12.70±3.86	13.96±3.11	13.19±3.76	13.08±2.90	0.470	0.704
Evitamento Colegas	20.70±6.45	20.89±3.43	19.63±3.88	19.63±3.28	0.854	0.467
Compromisso Colegas	16.30±2.67	15.22±1.83	15.26±1.78	15.42±1.98	0.942	0.423
Colaboração Sub.	29.00±0.00	27.50±0.71	28.84±2.61	29.23±2.65	0.279	0.840
Acomodação Sub.	21.50±3.54	17.00±1.41	18.05±3.39	17.69±2.56	0.983	0.413
Competição Sub.	16.00±0.00	15.00±0.00	14.42±3.31	11.23±3.35	3.211	0.036*
Evitamento Sub.	17.50±2.12	15.5±2.12	19.79±2.96	17.62±3.86	1.887	0.152
Compromisso Sub.	15.50±0.71	16.00±0.00	15.16±1.64	17.62±3.86	0.183	0.907
Perceção Segurança	70.89±8.63	66.19±12.17	64.45±14.91	68.85±11.60	1.128	0.340
Trabalho em Equipa	82.42±13.63	71.14±20.57	68.26±19.38	77.19±13.40	2.690	0.049*
Clima de Segurança	84.94±9.57	73.48±17.88	67.06±19.08	73.93±14.49	3.753	0.013*
Satisfação Trabalho	82.50±12.53	80.19±18.05	76.45±20.33	78.49±16.81	0.487	0.692
Reconheci. Stress	67.08±20.31	75.00±26.97	78.46±19.32	74.91±20.77	0.940	0.423
Perceção Gestão	54.88±19.89	52.37±19.07	51.58±20.50	55.70±17.37	0.311	0.817
Condições Trabalho	70.42±18.05	59.62±21.07	58.94±22.51	62.15±20.48	0.895	0.446

*p<0.05

Finalmente, não foram encontradas quaisquer diferenças significativas entre os profissionais com colaboradores ou sem colaboradores a cargo, quer nos estilos de gestão de conflitos usados nas diferentes relações com o oponente, quer nas perceções de segurança. Os resultados estão na tabela 20. Os valores ausentes dizem respeito aos profissionais que não têm colaboradores a cargo e, por essa razão, não responderam à forma C do ROCI-II, apenas destinado aos profissionais com subordinados. Em oposição, foi apurado em outro estudo, relativamente a ter ou não colaboradores a cargo, isto é, ser ou não líder de equipa, que o compromisso e a acomodação estão mais patentes nos líderes de equipa (Torres & Cunha, 2014).

Tabela 20 - Influência da variável colaboradores a cargo nos estilos de gestão de conflitos e na perceção do clima de segurança

	Colaboradores a cargo				t	p
	Sim (n=101)		Não (n=36)			
	M	DP	M	DP		
Estilos de Gestão de Conflito						
Colaboração Chefia	28.97	2.46	29.08	3.06	-0.189	0.850
Acomodação Chefia	19.81	3.79	21.13	3.71	-1.826	0.070
Competição Chefia	14.42	3.13	13.80	3.53	0.923	0.358
Evitamento Chefia	19.47	3.57	19.67	4.19	-0.257	0.798
Compromisso Chefia	15.39	1.70	15.00	1.83	1.114	0.267
Colaboração Colegas	28.69	2.22	29.35	3.06	-1.363	0.177
Acomodação Colegas	18.22	3.91	16.96	3.68	1.739	0.084

	Colaboradores a cargo				t	p
	Sim (n=101)		Não (n=36)			
	M	DP	M	DP		
Competição Colegas	13.83	3.17	13.10	3.60	1.084	0.280
Evitamento Colegas	19.94	3.59	19.96	4.06	-0.021	0.983
Compromisso Colegas	15.81	1.41	15.20	2.02	1.964	0.053
Colaboração Subordinados	28.92	2.47	--	--	--	--
Acomodação Subordinados	18.06	3.06	--	--	--	--
Competição Subordinados	13.39	3.51	--	--	--	--
Evitamento Subordinados	18.64	3.41	--	--	--	--
Compromisso Subordinados	15.17	1.83	--	--	--	--
Perceção de Segurança	69.65	13.41	64.74	13.41	1.884	0.062
Trabalho em Equipa	74.35	15.42	70.36	19.76	1.085	0.280
Clima de Segurança	73.05	14.82	70.04	19.19	0.852	0.396
Satisfação Trabalho	78.23	16.30	77.90	19.64	0.091	0.928
Reconhecimento Stress	81.67	18.72	74.42	21.97	1.742	0.084
Perceção Gestão	57.91	22.09	50.85	18.28	1.880	0.062
Condições Trabalho	62.73	21.36	59.67	21.73	0.729	0.467

*p<0.05

Assim, a Hipótese 7 - As características profissionais dos participantes influenciam significativamente os estilos de gestão de conflitos utilizados e o clima de segurança do doente, é aceite parcialmente, pois a escolha de serviço e a área de atuação não têm influência na escolha dos estilos de gestão de conflitos.

4.5 Síntese dos resultados

Das análises efetuadas são destacados os seguintes resultados:

- Em todas as relações com o oponente, a colaboração é o estilo de gestão de conflitos mais utilizado e a competição o menos escolhido.
- O clima de segurança é positivo.
- Quanto maior o uso de colaboração com a chefia, melhor a perceção de segurança total, clima de trabalho de equipa, clima de segurança, satisfação no trabalho, perceção da gestão e condições de trabalho.
- Quanto menor o uso de competição com a chefia, melhor a perceção de segurança total, clima de trabalho de equipa, satisfação no trabalho, condições de trabalho.
- Quanto maior o uso de evitamento com a chefia, melhor a perceção de segurança total, satisfação no trabalho e perceção da gestão.
- Quanto maior o uso de colaboração com os colegas, melhor a perceção de segurança total, trabalho em equipa, clima de segurança e satisfação no trabalho.
- Quanto maior o uso de competição com os colegas, pior o trabalho em equipa e satisfação no trabalho.

- Quanto maior o uso de acomodação com os subordinados, melhor a percepção de gestão e condições de trabalho.
- Quanto maior o uso de competição com os subordinados pior a percepção de segurança total e trabalho de equipa.
- Quanto maior o uso de compromisso, melhor a percepção de segurança total, reconhecimento de stress, percepção de gestão, e condições de trabalho.
- Quanto maiores as habilitações literárias, menor o uso de acomodação e evitamento com a chefia.
- Quanto mais anos de serviço, menor o uso de colaboração e acomodação com a chefia, menor o uso de colaboração e acomodação com os colegas, e menor o uso de competição com os subordinados.
- Quanto maior a idade, melhor a percepção de gestão.
- Quanto maiores as habilitações literárias, menor a satisfação profissional.
- Quanto mais anos de serviço menor a percepção de segurança total.
- Os profissionais com idades entre os 35 e os 44 anos têm uma percepção de gestão significativamente pior que os profissionais com idades entre os 45 e 54 anos.
- Os homens quando comparados com as mulheres, apresentam significativamente um uso maior de competição com os subordinados.
- Os homens quando comparados com as mulheres, apresentam melhor percepção de segurança total, clima de segurança e satisfação no trabalho.
- Os casados ou em união de facto quando comparados com os divorciados, apresentam significativamente um maior uso de compromisso com os subordinados.
- Os profissionais com o ensino secundário quando comparados com os que têm mestrado ou doutoramento, são significativamente mais acomodativos com a chefia.
- Os profissionais com o ensino secundário quando comparados com os que têm habilitações literárias superiores, são significativamente mais evitativos com a chefia.
- Os profissionais com o ensino secundário quando comparados com os licenciados, apresentam melhor percepção de gestão.
- Os profissionais cuja a escolha do serviço foi da instituição quando comparados com os que escolheram de acordo com a sua vontade, apresentam significativamente melhor clima de segurança e satisfação no trabalho.
- Os profissionais que não tiveram um período de integração quando comparados com os que tiveram, são significativamente mais competitivos com os colegas.
- Os profissionais que tiveram um período de integração quando comparados com os que não tiveram, apresentam significativamente melhor reconhecimento de stress.
- Os assistentes operacionais quando comparados com os enfermeiros, são significativamente mais acomodativos com a chefia.
- Os assistentes operacionais quando comparados com os enfermeiros e técnicos superiores, são significativamente mais evitativos com a chefia.

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

- Os médicos quando comparados com os enfermeiros ou assistentes técnicos administrativos, são significativamente mais acomodativos com os colegas.
- Os enfermeiros quando comparados com os técnicos superiores, apresentam significativamente maior clima de segurança.
- Os assistentes técnicos administrativos, quando comparados com os enfermeiros e técnicos superiores, apresentam significativamente melhor perceção da gestão.
- Os profissionais que trabalham na área de adultos quando comparados com os que atuam simultaneamente em ambas as áreas (adultos e crianças), apresentam significativamente melhor trabalho de equipa.

Os resultados do presente estudo foram corroborados e globalmente equiparáveis aos dos estudos internacionais existentes e supramencionados.

Capítulo 5

Conclusão

5.1 Conclusões gerais

Mediante a finalização do estudo, é premente efetuar uma súmula do processo de investigação, apresentando as principais conclusões.

O enquadramento teórico realizado na primeira parte desta pesquisa, permitiu uma melhor compreensão da relevância do estudo, contribuindo de forma decisiva para a circunscrição e finalidade do estudo. Ao reunir conhecimento sobre os conflitos, gestão de conflitos e segurança do doente, foi permitido compreender e discernir o conflito como algo positivo que pode ser gerido eficazmente, se eliminadas as disfuncionalidades e maximizadas as funcionalidades. A gestão construtiva de conflitos nas organizações de saúde é, assim, exposta como elemento essencial para a eficácia organizacional e fundamental para enfrentar os desafios atuais e futuros apresentados pela necessidade de promoção da cultura de segurança do doente.

O estudo empírico foi desenvolvido no Hospital Pêro da Covilhã, a partir de uma amostra de 137 profissionais de saúde de vários serviços clínicos. A maioria dos participantes é do género feminino (65%), situados na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (49.6%) e casados ou em união de facto (67.9%). Mais de metade (51.1%) dos inquiridos são licenciados e 20.4% concluiu o grau de mestre. No que concerne às informações profissionais, 56.2% afirma que a escolha do serviço onde trabalham foi da instituição e 80.3% refere ter tido período de integração aquando do início de funções. Os enfermeiros ocupam a classe mais responsiva (38.7%), seguidos dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (22.6%). Dos respondentes, 53.3% atua em ambas as áreas: adultos e crianças. Um número considerável dos participantes (55.5%) tem entre 11 e 20 anos de serviço ou mais (17.5%) e estão distribuídos por vários serviços clínicos da unidade hospitalar, sendo que 13.9% pertencem ao serviço de medicina física e reabilitação e 9.5% ao serviço de imagiologia. A maior parte não tem colaboradores a cargo (73.7%). Por último, a maioria dos profissionais (57.7%) considera que a forma de lidar com os conflitos tem implicações na segurança do doente, embora cerca de um terço considere que não.

Através das estatísticas descritivas do ROCI-II, foi possível verificar que os inquiridos, em todas as relações com o oponente, optam preferencialmente pela colaboração, sendo a competição o estilo de gestão de conflitos o menos usual. Não foram verificadas diferenças nos estilos da gestão de conflitos utilizados em função da relação com o oponente.

No sentido de determinar a percepção dos profissionais quanto ao clima de segurança, foram calculados os scores para a globalidade do SAQ e respetivas dimensões. A média global indicou que os participantes apresentam atitudes positivas face à segurança do doente. Mediante as estatísticas descritivas das dimensões do instrumento, foi verificado a menor percepção de segurança dos profissionais é relativa à dimensão percepção da gestão e a maior às dimensões satisfação no trabalho e reconhecimento de stress.

Foi confirmada a relação entre os estilos de gestão de conflito e o nível do clima de segurança.

Através da realização de correlações entre as variáveis independentes ordinais e os estilos de gestão de conflitos, foi verificado que a variável idade não se encontra associada a qualquer estilo de gestão de conflito, qualquer que seja a relação com o oponente. Há associação das habilitações literárias e dos anos de serviço com os estilos de gestão de conflito. Todas as variáveis independentes ordinais apresentam associação com as percepções do clima de segurança.

A concretização das análises inferenciais permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas. O género, o estado civil, o período de integração, a função e os anos de serviço, influenciam os estilos de gestão de conflito. A idade, o género, a escolha de serviço, o período de integração, a função, a área de atuação e os anos de serviço, têm influência nas percepções de atitudes dos profissionais relacionadas com a segurança do doente.

Os resultados do presente estudo foram corroborados e globalmente equiparáveis aos dos estudos internacionais existentes e referenciados.

O manejo efetivo de conflitos ao nível individual, da equipa e organizacional não só promove a segurança do doente, mas também honra a aspiração comum dos prestadores de cuidados de saúde em oferecer excelentes cuidados aos doentes e às famílias. É importante que todos assumam o compromisso com a mitigação e a gestão de conflitos construindo uma cultura de paz. As relações entre colegas no local de trabalho exigem mudanças transformacionais, com intervenções e estratégias voltadas para os antecedentes subjacentes aos conflitos. Tão inevitável como é o conflito no ambiente de trabalho, é ser assumida a responsabilidade dos líderes, gestores e profissionais que compõem as equipas de saúde relativamente a uma gestão construtiva de conflitos. Uma abordagem multinível é necessária para gerir conflitos nas configurações de saúde, não existindo nenhuma lista de estratégias nas evidências que funcionem para todos, em todos os lugares e em todas as ocasiões. Quanto mais os líderes se puderem envolver na gestão de conflitos mais proativos podem ser em garantir resultados positivos. Os líderes têm a responsabilidade de gerir os conflitos eficazmente para permitir que outros tenham oportunidade de se expressar. Se os líderes aplicarem estratégias de gestão de conflitos na sua gestão diária, garantirão que o conflito é usado positivamente para construir um serviço mais centrado no doente. Assim, há vários aspetos a reter: o conflito é uma

ocorrência natural e não deve ser temido; embora o conflito possa fazer com que alguns se sintam desconfortáveis, é um catalisador natural para a mudança; a utilização do conflito como ferramenta serve para envolver os profissionais de todas as áreas nas melhorias dos serviços; é importante compreender as necessidades de cada parte para determinar como resolver o conflito; não há uma melhor maneira de gerir conflitos, pois depende de cada situação única.

Os resultados devem ser usados para influenciar a política/prática/pesquisa/educação das seguintes formas: todos os líderes, gestores e profissionais, devem estar cientes dos antecedentes de conflitos interpessoais e implementar políticas que assegurem que estratégias e intervenções sejam desenvolvidas e implementadas para apoiar as equipas de saúde; e todos os indivíduos nas organizações devem aprender habilidades de gestão de conflitos eficazes, desenvolver autoconsciência e entender o conflito através ações de formação.

5.2 Pontos fortes, limitações e dificuldades

Mediante a dificuldade manifesta em conseguir lidar com o fenómeno conflito e tendo ainda em conta a inexistência de estudos que revelem com precisão a quantidade de conflito e tipos de conflitos que deverão existir em ambiente organizacional, este trabalho procurou enfatizar e valorizar esta temática para alcançar a primeira fase de um processo interventivo a este nível, que consiste na análise dos estilos de gestão de conflito e das suas implicações na segurança do doente.

O processo de amostragem por seleção não probabilística utilizado neste estudo é considerado uma limitação porque apesar de ser fácil e rápido, os resultados apenas dizem respeito à amostra utilizada, não podendo ser extrapolados com confiança para a restante população. Sendo reconhecida a necessidade de confirmar os resultados deste estudo com amostras mais abrangentes e representativas.

Surgiram dificuldades na recolha da informação devido aos constrangimentos manifestados perante a utilização dos recursos informáticos e à desmotivação expressa pelos profissionais para preencherem os questionários, o que condicionou o número obtido de questionários respondidos.

5.3 Recomendações e sugestões para futuras investigações

A criação de um ambiente onde os membros se sintam livres para discordar sem que isso seja sentido como uma ameaça, bem como uma cultura em que a diferença seja encarada como positiva, constituem variáveis que poderão contribuir para a diminuição da tensão gerada pelas situações conflituais. Assim, o estudo desta problemática é entendido como um dos percursos prioritários a empreender em investigações futuras, tais como desenvolver e testar intervenções baseadas na minimização dos antecedentes de conflitos interpessoais. Será importante integrar a dimensão temporal no estudo dos conflitos, uma vez que, os conflitos

não emergem como fenómenos isolados, devido a estarem relacionados com interações passadas, tendo implicações em interações futuras e ao longo do tempo poderem emergir diferentes padrões de conflitos como resultado de diferentes preocupações e objetivos.

A realização de estudos mais abrangentes e até comparativos com outras organizações de saúde nacionais e europeias, com amostras de maiores dimensões, é outra sugestão a considerar.

Ainda, sendo a promoção do clima de segurança um processo contínuo de medição que inclui valorização dos problemas identificados, formulação de intervenções de melhoria e avaliação do impacto das medidas empreendidas, o seu seguimento ao longo do tempo com sucessivos estudos será também fundamental.

Bibliografia

- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444.
- Almost, J. (2010). Antecedents and consequences of intragroup conflict among nurses in acute care settings. (Doctoral dissertation), University of Toronto.
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Strachan, D., & D'Souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 1490-1505.
- Amason, A. C. (1996). Distinguishing the effects of functional and dysfunctional conflict on strategic decision making: Resolving a paradox for top management teams. *Academy of Management journal*, 39(1), 123-148.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. (6a ed.). Washington.
- Ayoko, O. B., Härtel, C. E., & Callan, V. J. (2002). Resolving the puzzle of productive and destructive conflict in culturally heterogeneous workgroups: A communication accommodation theory approach. *International Journal of Conflict Management*, 13(2), 165-195.
- Azoulay, E., Timsit, J.-F., Sprung, C. L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A., . . . Ricou, B. (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 180(9), 853-860.
- Baggs, J. G., Ryan, S., Phelps, C., Richeson, J., & Johnson, J. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart & lung: the journal of critical care*, 21(1), 18-24.
- Baker, G. R., & Norton, P. (2001). Making patients safer! Reducing error in Canadian healthcare. *Healthcare Papers*, 2(1), 10-31.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., . . . Majumdar, S. R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian medical association journal*, 170(11), 1678-1686.

- Baldwin Jr, D. C., & Daugherty, S. R. (2008). Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey of hospital residents in the US. *Journal of Interprofessional care*, 22(6), 573-586.
- Barbuto Jr, J. E., Phipps, K. A., & Xu, Y. (2010). Testing relationships between personality, conflict styles and effectiveness. *International Journal of Conflict Management*, 21(4), 434-447.
- Barki, H., & Hartwick, J. (2004). Conceptualizing the construct of interpersonal conflict. *International Journal of Conflict Management*, 15(3), 216-244.
- Bishop, S. R. (2004). *Nurses and Conflict: Workplace Experiences*. (Doctoral dissertation), University of Victoria, Canada.
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Hansen, E. H., & Deilkås, E. C. T. (2014). The safety attitudes questionnaire-ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC health services research*, 14(1), 139.
- Bresman, H., & Zellmer-Bruhn, M. (2013). The structural context of team learning: Effects of organizational and team structure on internal and external learning. *Organization Science*, 24(4), 1120-1139.
- Brodbeck, F. C., Kerschreiter, R., Mojzisch, A., Frey, D., & Schulz-Hardt, S. (2002). The dissemination of critical, unshared information in decision-making groups: the effects of pre-discussion dissent. *European Journal of Social Psychology*, 32(1), 35-56.
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., & Kasperski, M. J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams-can it be resolved? *Journal of Interprofessional care*, 25(1), 4-10.
- Carayon, P., & Gurses, A. P. (2008). *Nursing workload and patient safety - a human factors, in patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurse*.
- Carvalho, F., Neves, J., & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações* (Escolar Ed.). Lisboa.
- Carvalho, R. (2011). *Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil-questionário de atitudes de segurança*. (Tese de Doutorado), Universidade de São Paulo.

- Catchpole, K., Giddings, A., Hirst, G., Dale, T., Peek, G., & de Leval, M. (2008). A method for measuring threats and errors in surgery. *Cognition, Technology & Work*, 10(4), 295-304.
- Centro Hospitalar Cova da Beira. (2013). Regulamento Interno do Centro Hospitalar Cova da Beira. Covilhã, Portugal.
- Chiavenato, I. (1999). *Introdução à moderna gestão de pessoas* (Campus Ed.). Rio de Janeiro
- Christian, C. K., Gustafson, M. L., Roth, E. M., Sheridan, T. B., Gandhi, T. K., Dwyer, K., . . . Dierks, M. M. (2006). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 139(2), 159-173.
- Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and reality. *Healthcare Papers*, 7(1), 26.
- Conselho da União Europeia. (2009). *Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. *Jornal Oficial da União Europeia*.
- Cox, K. B. (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nursing administration quarterly*, 27(2), 153-163.
- Cunha, P. (2008). A Diversidade de Práticas na Relação entre Género, Conflito e Negociação. 5, 266-279.
- Cunha, P., & Leitão, S. (2016). *Manual de gestão construtiva de conflitos* (3ª ed.). Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Cunha, P., Meneses, R., & Oliveira, M. C. d. (2013). Gestão de conflitos na área da saúde: uma proposta de reflexão. *Arquivos de Medicina*, 27(3), 132-134.
- Cunha, P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Cunha, P., Silva, P. I., & Moreira, M. (2003). Estilos de gestão de conflito nas organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos. *Recursos Humanos Magazine*, 29(4), 42-52.
- De Dreu, C. K., & Nauta, A. (2009). Self-interest and other-orientation in organizational behavior: implications for job performance, prosocial behavior, and personal initiative. *Journal of applied psychology*, 94(4), 913-926.

- De Dreu, C. K., & Weingart, L. R. (2003). Task Versus Relationship Conflict, Team Performance, and Team Member Satisfaction: A Meta-Analysis. *Journal of applied psychology*, 88(4), 741-749.
- De Dreu, C. K., Weingart, L. R., & West, M. (2003). A contingency theory of task conflict and performance in groups and organizational teams. *International handbook of organizational teamwork and cooperative working*, 88(4), 151-166.
- De Raeve, L., Jansen, N. W., Van den Brandt, P. A., Vasse, R. M., & Kant, I. (2008). Risk factors for interpersonal conflicts at work. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 96-106.
- De Wit, F. R., Greer, L. L., & Jehn, K. A. (2012). The paradox of intragroup conflict: a meta-analysis. *Journal of applied psychology*, 97(2), 360 -390.
- DeChurch, L. A., & Marks, M. A. (2001). Maximizing the benefits of task conflict: The role of conflict management. *International Journal of Conflict Management*, 12(1), 4-22.
- Deutsch, M. (2003). *International handbook of organizational teamwork and cooperative working - A personal perspective on the history of the social psychological study of conflict resolution* In M. A. West, D. Tjosvold & K. G. Smith
- Dewitty, V. P., Osborne, J. W., Friesen, M. A., & Rosenkranz, A. (2009). Workforce conflict: What's the problem? *Nursing management*, 40(5), 31-33.
- DGS, & APDH. (2015). Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais.
- Diário da República. (2015a). 2.ª série - N.º 28 - 10 de fevereiro de 2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.
- Diário da República. (2015b). 2.ª série — N.º 182 — 17 de setembro de 2015, Entidade REguladora da Saúde, Regulamento n.º 628/2015.
- Dimas, I. D. (2007). (Re) pensar o conflito intragrupal: níveis de desenvolvimento e eficácia. (Tese de Doutoramento), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Dimas, I. D., & Lourenço, P. R. (2011). *Conflitos e gestão de conflitos em contexto grupal Psicologia das Organizações, do Trabalho e dos Recursos Humanos: Contributos para a investigação e intervenção*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Dimas, I. D., Lourenço, P. R., & Miguez, J. (2005). Conflitos e Desenvolvimento nos Grupos e Equipas de Trabalho-Uma Abordagem Integrada. *Psychologica*, 38, 103-119.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico.
- Direcção-Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 Portugal.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Donohue, W. A. (2003). The promise of an interaction-based approach to negotiation. *International Journal of Conflict Management*, 14(3/4), 167-176.
- Duffy, M. K., Ganster, D. C., & Pagon, M. (2002). Social undermining in the workplace. *Academy of Management journal*, 45(2), 331-351.
- Edmondson, A. C., & Smith, D. M. (2006). Too hot to handle? How to manage relationship conflict. *California Management Review*, 49(1), 6-31.
- Ehrhart, M. G., & Naumann, S. E. (2004). Organizational citizenship behavior in work groups: a group norms approach. *Journal of applied psychology*, 89(6), 960-974.
- Eisenhardt, K. M., & Schoonhoven, C. B. (2002). Organizational growth: Linking founding team, strategy, environment, and growth among US semiconductor ventures 1978-1988 - *Entrepreneurship: Critical Perspectives on Business and Management*. *Administrative science quarterly*, 103.
- Emerging HealthCare Communities. (2010). Conflict Engagement Training For Health Professionals - Recommendations For Creating Conflict Competent Organizations. Institute for Healthcare Improvement.
- Ferreira, H. M. G. (2007). Conflito Interpessoal em equipes de trabalho: O papel do líder como gerente das emoções do grupo. *Cadernos UniFOA*, 5(13), 67-75.
- Fletcher, G. J., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 340-354.
- Flin, R., Winter, J., Sarac, C., & Raduma, M. (2009). Human factors in patient safety: review of topics and tools, World Health Organization. Suíça.

- Fortin, M.-F. (2009). O processo de investigação: da concepção à realização. (Lusociência Ed. 5ª ed.). Loures.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (Lusodidacta Ed.). Loures.
- Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional care*, 29(2), 113-118.
- Fragata, J. (2010). A Segurança dos Doentes-Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 564-570.
- Franque, P. F. (2006). Análise dos Estilos de Gestão do Conflito Predominantes em Ambiente Laboral dos Enfermeiros da Ilha de São Miguel. (Dissertação de Mestrado), Universidade dos Açores.
- Freixo, M. (2009). Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Friedman, R. A., Tidd, S. T., Currall, S. C., & Tsai, J. C. (2000). What goes around comes around: The impact of personal conflict style on work conflict and stress. *International Journal of Conflict Management*, 11(1), 32-55.
- Gerardi, D. (2004). The Culture of Health Care: How Professional and Organizational Cultures Impact Conflict Management. *Georgia State University Law Review*, 21(4), 857-890.
- Giebels, E., & Janssen, O. (2005). Conflict stress and reduced well-being at work: The buffering effect of third-party help. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(2), 137-155.
- Gil, A. C. (2009). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas.
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, 20(4), 338-343.
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and inhumanization. *Annual review of psychology*, 65, 399-423.
- Haumschild, R. J., Hertig, J. B., & Weber, R. J. (2015). Managing Conflict: A Guide for the Pharmacy Manager. *Hospital pharmacy*, 50(6), 543-549.
- Hekkers, V. (2006). Mediation in health care: A collaborative journey. *The Case Manager*, 17(1), 66-68.

- Hepp, S. L., Suter, E., Jackson, K., Deutschlander, S., Makwarimba, E., Jennings, J., & Birmingham, L. (2015). Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *Journal of Interprofessional care*, 29(2), 131-137.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Hoch, A. P. (2010). *Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico*. (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Holt, J. L., & DeVore, C. J. (2005). Culture, gender, organizational role, and styles of conflict resolution: A meta-analysis. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(2), 165-196.
- Iglesias, M. E. L., & Vallejo, R. B. d. B. (2012). Conflict resolution styles in the nursing profession. *Contemporary nurse*, 43(1), 73-80.
- Janss, R., Rispens, S., Segers, M., & Jehn, K. A. (2012). What is happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical teams. *Medical education*, 46(9), 838-849.
- Jehn, K. A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative science quarterly*, 40(2), 256-282.
- Jehn, K. A., & Bendersky, C. (2003). Intragroup conflict in organizations: A contingency perspective on the conflict-outcome relationship. *Research in organizational behavior*, 25, 187-242.
- Jehn, K. A., Chadwick, C., & Thatcher, S. M. (1997). To agree or not to agree: The effects of value congruence, individual demographic dissimilarity, and conflict on workgroup outcomes. *International Journal of Conflict Management*, 8(4), 287-305.
- Jehn, K. A., & Mannix, E. A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of Management journal*, 44(2), 238-251.
- Jehn, K. A., Northcraft, G. B., & Neale, M. A. (1999). Why differences make a difference: A field study of diversity, conflict and performance in workgroups. *Administrative science quarterly*, 44(4), 741-763.
- Johansen, M. L. (2012). Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. *Nursing management*, 43(2), 50-54.

- Jordan, P. J., & Troth, A. C. (2004). Managing emotions during team problem solving: Emotional intelligence and conflict resolution. *Human performance*, 17(2), 195-218.
- Kalishman, S., Stoddard, H., & O'Sullivan, P. (2012). Don't manage the conflict: transform it through collaboration. *Medical education*, 46(10), 930-932.
- Kaufman, J. (2011). Conflict management education in medicine: considerations for curriculum designers. *Online Journal for Workforce Education and Development*, 5(1), 6.
- Kiefer, T., & Barclay, L. J. (2012). Understanding the mediating role of toxic emotional experiences in the relationship between negative emotions and adverse outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85(4), 600-625.
- Kim, P. H., Ferrin, D. L., Cooper, C. D., & Dirks, K. T. (2004). Removing the shadow of suspicion: the effects of apology versus denial for repairing competence-versus integrity-based trust violations. *Journal of applied psychology*, 89(1), 104-118.
- Kim, S., Buttrick, E., Bohannon, I., Fehr, R., Frans, E., & Shannon, S. E. (2016). Conflict Narratives from the Health Care Frontline: A Conceptual Model. *Conflict Resolution Quarterly*, 33(3), 255-277.
- Kim, W. S., Nicotera, A. M., & McNulty, J. (2015). Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2073-2083.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 10, 11-16.
- Landau, J., & Borgonovi, E. (2008). *Relationship Competence for Healthcare Management: Peer to Peer*. New York: Palgrave MacMillan.
- Leape, L. L., Shore, M. F., Dienstag, J. L., Mayer, R. J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G. S., & Healy, G. B. (2012). Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic medicine*, 87(7), 845-852.
- Lee, C.-W. (1990). Relative status of employees and styles of handling interpersonal conflict: An experimental study with Korean managers. *International Journal of Conflict Management*, 1(4), 327-340.
- Lee, W.-C., Wung, H.-Y., Liao, H.-H., Lo, C.-M., Chang, F.-L., Wang, P.-C., . . . Hou, S.-M. (2010). Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC health services research*, 10(1), 234.

- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85-i90.
- Lewicki, R. J., Weiss, S. E., & Lewin, D. (1992). Models of conflict, negotiation and third party intervention: A review and synthesis. *Journal of organizational behavior*, 13(3), 209-252.
- Likert, R., & Likert, J. (1980). *Administração de conflitos: novas abordagens* (MacGraw-Hill Ed.). São Paulo.
- Lingard, L., Espin, S., Evans, C., & Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*, 8(6), 1-6.
- Mallidi, J. (2015). How to Handle Conflict With Poise?: A Fellow's Perspective. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(1), 98-100.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marshall, P., & Robson, R. (2005). Preventing and managing conflict: Vital pieces in the patient safety puzzle. *Healthcare Quarterly*, 8(Special Issue).
- McIntyre, S. E. (1991). Conflict management by male and female managers as reported by self and by male and female subordinates. (Doctoral Thesis), Georgia State University, Atlanta.
- McIntyre, S. E. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*, XXV(2), 295-305.
- Mendes, C., & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197-205.
- Mills, M. E. C. (2002). Conflict in Health Care Organizations. *Journal of Health Care Law & Policy*, 5(2), 502-523.
- Moreira, M., Cunha, P., & Silva, P. I. (2003). Estilos de gestão de conflito nas organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos. *Recursos Humanos Magazine*, 29(4), 42-52.

- Moreira, R. (2010). Poder e Gestão de Recursos Humanos em Portugal: análise sobre a importância da negociação inter e intra departamental. (Tese de Doutoramento), Universidade Fernando Pessoa.
- Morreim, H. (2014). Conflict Resolution in Health Care. AHLA Connections ,College of Medicine, University of Tennessee, Memphis, 28-32.
- Morrison, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 974-983.
- Munduate, L., Ganaza, J., & Alcaide, M. (1993). Estilos de gestión del conflicto interpersonal en las organizaciones. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 47-68.
- Murnighan, J. K., & Conlon, D. E. (1991). The dynamics of intense work groups: A study of British string quartets. *Administrative science quarterly*, 36, 165-186.
- Nascimento, E., & Sayed, K. (2002). Administração de conflitos. *Gestão do capital humano*, 5, 47-56.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Newstrom, J. W. (2008). *Comportamento organizacional: o comportamento humano no trabalho*. São Paulo: McGraw Hill.
- Oliveira, M. C. (2015). *Sobre Saúde (Volume 1)*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Ordem oferece serviço gratuito de mediação de conflitos. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/OrdemOfereceServicoGratuitoMediacaoConflitos.aspx>
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using SPSS version 15*. Maidenhead, Berkshire, England: McGraw-Hill Education.
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2015). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. *Medical education*, 49(4), 399.
- Phillips, E., & Cheston, R. (1979). Conflict resolution: What works? *California Management Review*, 21(4), 76-83.
- Platt, A. W. (2008). *Conciliation in Healthcare: Managing and resolving complaints and conflict*: Radcliffe Publishing.

- Pronovost, P. J., Goeschel, C. A., Marsteller, J. A., Sexton, J. B., Pham, J. C., & Berenholtz, S. M. (2009). Framework for patient safety research and improvement. *Circulation*, 119(2), 330-337.
- Raftopoulos, V., & Pavlakis, A. (2013). Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of critical care*, 28(1), 51-61.
- Rahim, M. A. (1983a). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy of Management journal*, 26(2), 368-376.
- Rahim, M. A. (1983b). *Rahim organizational Inventories - II, forms A, B & C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Rahim, M. A. (1985). A strategy for managing conflict in complex organizations. *Human Relations*, 38(1), 81-89.
- Rahim, M. A. (1986). Referent role and styles of handling interpersonal conflict. *The Journal of Social Psychology*, 126(1), 79-86.
- Rahim, M. A. (2001). *Managing conflicts in organizations (3rd ed.)*. London: Quorum Books.
- Rahim, M. A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206-235.
- Rahim, M. A., & Bonoma, T. (1979). Managing organizational conflict: A model for diagnosis and intervention. *Psychological reports*, 44(3c), 1323-1344.
- Rahim, M. A., & Buntzman, G. F. (1989). Supervisory power bases, styles of handling conflict with subordinates, and subordinate compliance and satisfaction. *The Journal of Psychology*, 123(2), 195-210.
- Ramos, S., & Trindade, L. (2013). Incidentes de Segurança do Doente. Porquê Relatar? *Tecno Hospital*, 10-16.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Managing and mitigating conflict in health-care teams*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Rego, A., & Jesuíno, J. (2002). Estilos de gestão do conflito e padrões motivacionais-Um estudo Exploratório. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 8(1), 83-97.

- Relihan, E., Glynn, S., Daly, D., Silke, B., & Ryder, S. (2009). Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Irish journal of medical science*, 178(4), 433.
- Resar, R. K. (2006). Making Noncatastrophic Health Care Processes Reliable: Learning to Walk Before Running in Creating High-Reliability Organizations. *Health services research*, 41, 1677-1689.
- Rigobello, M. C. G., Carvalho, R. E. F. L. d., Cassiani, S. H. D. B., Tanyse Galon⁴, H. C. C., & Deus, N. N. d. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 728-735.
- Robbins, S. (1978). "Conflict management" and "conflict resolution" are not synonymous terms. *California Management Review*, 21(2), 67-75.
- Robbins, S. (1996). *Organizational behavior : concepts, controversies, and applications* (7th ed.). Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall, .
- Rogers, D. A., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Klingensmith, M., Mellinger, J. D., & Schindler, N. (2011). Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach. *Medical education*, 45(9), 939-945.
- Rogers, D. A., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Mellinger, J. D., Schindler, N., & Klingensmith, M. (2013). Surgeons managing conflict in the operating room: defining the educational need and identifying effective behaviors. *The American Journal of Surgery*, 205(2), 125-130.
- Rowe, M., & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242-248.
- Santos, M. C. d., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 47-57.
- Saraiva, D. M. R. F. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para Portugal. (Dissertação de Mestrado), Universidade Beira Interior.
- Saraiva, D. M. R. F., & de Almeida, A. A. (2015a). Clima de Segurança do Doente: Percepção dos Profissionais de Saúde. Centro Hospitalar Cova da Beira.

- Saraiva, D. M. R. F., & de Almeida, A. A. (2015b). Validation of the Safety Attitudes Questionnaire-Short Form 2006 to Portugal. *International Journal of Nursing*, 2(1), 103-112.
- Scott, C., & Gerardi, D. (2011a). A strategic approach for managing conflict in hospitals: Responding to the Joint Commission leadership standard, Part 1. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(2), 59-69.
- Scott, C., & Gerardi, D. (2011b). A strategic approach for managing conflict in hospitals: responding to the Joint Commission Leadership Standard, part 2. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(2), 70-80.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., . . . Thomas, E. J. (2006 b). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6(44), 1-10.
- Sexton, J. B., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. J., . . . Pronovost, P. J. (2006 a). Teamwork in the Operating Room Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 105(5), 877-884.
- Shin, J.-H. (2013). Developing constructive and proactive conflict management strategies in healthcare. *Journal of Communication in Healthcare*, 2(1), 78-94.
- Silva, J. (2012). A síndrome de Burnout e a gestão de conflitos na classe profissional dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado), Universidade Beira Interior.
- Simons, T. L., & Peterson, R. S. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust. *Journal of applied psychology*, 85(1), 102-111.
- Simpao, A. F. (2013). Conflict management in the health care workplace. *Physician executive*, 39(6), 54-56.
- Skjørshammer, M. (2002). Getting to Cooperation: Conflict and Conflict Management in a Norwegian Hospital. Hospital Professionals' Perceptions, Attributions and Behaviours in Conflict. (Doctoral dissertation), The Nordic School of Public Health, Sweden.
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. *Escola Nacional de Saúde Pública*, 13-36.

- Sousa, P., Uva, A. d. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev Port Saúde Pública*, 10, 89-95.
- Steinhaus, C. S. (1996). Designing Conflict Management Systems: A Guide to Creating Productive and Healthy Organizations. *International Journal of Conflict Management*, 7(1), 89.
- Sutschek, L. B. (2002). Conflict Resolution Style and Experience in Management: Moderating the Effects of Gender. 69-77.
- Tabak, N., & Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 321-331.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., & Helmreich, R. L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 31(3), 956-959.
- Thomas, K. W. (1992). Conflict and conflict management: Reflections and update. *Journal of organizational behavior*, 13(3), 265-274.
- Tjosvold, D. (1998). Cooperative and competitive goal approach to conflict: Accomplishments and challenges. *Applied Psychology*, 47(3), 285-313.
- Tjosvold, D. (2008). The conflict-positive organization: It depends upon us. *Journal of organizational behavior*, 29(1), 19-28.
- Tjosvold, D., Dann, V., & Wong, C. (1992). Managing conflict between departments to serve customers. *Human Relations*, 45(10), 1035-1054.
- Torres, S. C., & Cunha, P. (2014). Gestão de conflitos em uma organização da área da saúde em Portugal. *Ciências & Cognição*, 19(3), 384-392.
- Turner, J. R. (2016). Team Cognition Conflict: A Conceptual Review Identifying Cognition Conflict as a New Team Conflict Construct. *Performance Improvement Quarterly*, 29(2), 145-167.
- Van de Vliert, E. (1997). Enhancing performance by conflict-stimulating intervention. Using conflict in organizations, 208-222.
- Van de Vliert, E., Nauta, A., Giebels, E., & Janssen, O. (1999). Constructive conflict at work. *Journal of organizational behavior*, 20(4), 475-491.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Bmj*, 316(7138), 1154-1157.

- Wall, J. A., & Callister, R. R. (1995). Conflict and its management. *Journal of management*, 21(3), 515-558.
- Watson, C., & Hoffman, R. (1996). Managers as negotiators: A test of power versus gender as predictors of feelings, behavior, and outcomes. *The Leadership Quarterly*, 7(1), 63-85.
- West, M. A., & Anderson, N. R. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of applied psychology*, 81(6), 680.
- Wolff, A. C., Ratner, P. A., Robinson, S. L., Oliffe, J. L., & Hall, L. M. (2010). Beyond generational differences: a literature review of the impact of relational diversity on nurses' attitudes and work. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 948-969.
- World Health Assembly. (1981). Resolution 34.38. World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From Information to action.
- World Health Organization. (2008). Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2010). Regional Office for Europe, Portugal Health System Performance Assessment. Copenhagen.

Anexos

Anexo I - Questionário

**AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CONFLITOS E DO
CLIMA DE SEGURANÇA DO DOENTE ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

O conflito é inevitável nas equipas de trabalho porque é um fenómeno inerente à interacção humana. Embora seja uma realidade de difícil gestão, os conflitos não são inteiramente benéficos ou prejudiciais. A distinção entre conflito construtivo ou destrutivo reside na forma de como é gerido, produzindo resultados positivos ou negativos. Por conseguinte, a incapacidade de lidar com os conflitos nas organizações de saúde possibilita consequências para a segurança do doente.

Assim, com este questionário pretendemos conhecer a forma de agir dos profissionais de saúde perante uma situação de conflito e a respectiva percepção do clima de segurança do doente no serviço onde trabalham habitualmente.

A sua participação é fundamental. Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos, por favor, que expresse apenas a sua opinião sincera.

Asseguramos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

Agradecemos antecipadamente o seu importante contributo.

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional através do endereço electrónico: ftcabanas@gmail.com

Sara Isabel Andrade Cabanas

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Por favor, leia atentamente e assinale com um (X) a opção que corresponde à sua resposta.

1. Idade

- Menos de 25 anos
- 25 a 34 anos
- 35 a 44 anos
- 45 a 54 anos
- 55 a 64 anos
- 65 ou mais

2. Género

- Masculino
- Feminino

3. Estado civil

- Solteiro
- Casado/União de facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo

4. Habilitações Literárias

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1.º ciclo do ensino básico (1º, 2º, 3º e 4º Anos) | <input type="radio"/> Bacharelato |
| <input type="radio"/> 2.º ciclo do ensino básico (5º e 6º Anos) | <input type="radio"/> Licenciatura |
| <input type="radio"/> 3.º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º Anos) | <input type="radio"/> Mestrado |
| <input type="radio"/> Ensino secundário (10º, 11º e 12º Anos) | <input type="radio"/> Doutoramento |

5. De quem foi a escolha da sua colocação no serviço em que actualmente trabalha?

- Escolha própria
- Escolha da Instituição

6. Teve algum período de integração?

- Sim
- Não

7. Função:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Médico | <input type="radio"/> Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica |
| <input type="radio"/> Médico Especialista | <input type="radio"/> Assistente Operacional |
| <input type="radio"/> Médico Interno | <input type="radio"/> Assistente Técnico Administrativo |
| <input type="radio"/> Enfermeiro | <input type="radio"/> Enfermeiro Chefe |
| <input type="radio"/> Técnico Superior de Saúde | <input type="radio"/> Coordenador de Serviço |
| <input type="radio"/> Técnico Superior não Saúde (Administrativo, Assistente Social, etc.) | <input type="radio"/> Director de Serviço |
| | <input type="radio"/> Outro cargo de Direcção (Director Clínico, etc.) |
| | <input type="radio"/> Outro: _____ |

8. Área de actuação:

- Adultos
- Crianças
- Ambos

9. Anos no serviço:

- Menos de 6 meses
- 6 a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 4 anos
- 5 a 10 anos
- 11 a 20 anos
- 21 ou mais

10. Serviço onde habitualmente exerce funções:

- Serviço de Medicina Intensiva - Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
- Serviço de Medicina Intensiva - Unidade de Cuidados Intensivos
- Serviço de Urgência Geral
- Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados
- Serviço de Anestesiologia
- Serviço de Cirurgia Geral - Cirurgia 1
- Serviço de Cirurgia Geral - Cirurgia 2
- Serviço de Cirurgia Plástica
- Serviço de Dermatologia
- Serviço de Estomatologia
- Serviço de Oftalmologia
- Serviço de Otorrinolaringologia
- Serviço de Ortopedia
- Serviço de Urologia
- Serviço de Obstetrícia e Ginecologia
- Unidade de Emergência e Urgência Obstétrica
- Serviço de Medicina Reprodutiva
- Serviço Pediatria
- Serviço de Pediatria - Unidade de Neonatologia
- Serviço de Pediatria - Unidade de Emergência e Urgência Pediátrica e Neonatal
- Serviço de Pediatria - Unidade de Desenvolvimento
- Serviço de Cardiologia
- Serviço Gastroenterologia
- Serviço de Hematologia
- Serviço de Imunoalergologia
- Serviço de Medicina Interna - Medicina 1
- Serviço de Medicina Interna - Medicina 2
- Serviço de Neurologia
- Serviço de Nutrição e Actividade Física
- Serviço de Oncologia
- Serviço de Pneumologia
- Serviço de Reumatologia
- Unidade de Cessação Tabágica
- Serviço de Anatomia Patológica

- Serviço de Imagiologia
- Serviço de Imunohemoterapia
- Serviço de Patologia Clínica
- Serviço de Medicina Física e Reabilitação
- Serviço de Psiquiatria
- Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência
- Serviços Farmacêuticos
- Unidade de Psicologia Clínica
- Unidade de Consulta Externa
- Unidade de Cuidados Domiciliários
- Unidade de Gestão do Bloco Operatório
- Unidade de Gestão de Cirurgia Ambulatório
- Unidade de Hospital Dia
- Unidade de Telemedicina
- Serviço de Esterilização
- Unidade de Apoio ao doente

11. Considera que a sua maneira de lidar com os conflitos tem implicações na segurança do doente?

- Sim
- Não
- Talvez

12. Tem colaboradores a seu cargo?

- Sim
- Não

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

ESTILOS DE GESTÃO DE CONFLITOS – COM A CHEFIA					
<p>As frases que se seguem referem-se a comportamentos que podem estar mais ou menos de acordo com a sua forma de agir perante uma situação de conflito no seu local de trabalho com o(s) seu(s) Chefe(s). Por favor, leia atentamente cada frase e assinale com um (X) a alternativa que corresponde ao seu caso, com base na seguinte escala:</p> <p>1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Indiferente 4. Concordo 5. Concordo fortemente</p>					
1. Perante uma dificuldade de trabalho com o meu chefe , tento analisar a situação com ele para encontrar uma solução aceitável para ambos.	1	2	3	4	5
2. Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do meu chefe .	1	2	3	4	5
3. Em questões de trabalho, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema que tenho com o meu chefe .	1	2	3	4	5
4. Perante uma situação problemática com o meu chefe , tento integrar as minhas ideias e as suas para alcançar uma decisão conjunta.	1	2	3	4	5
5. Procuro analisar com o meu chefe as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	1	2	3	4	5
6. Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral evito discutir abertamente com o meu chefe .	1	2	3	4	5
7. Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.	1	2	3	4	5
8. Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance para que as minhas ideias sejam aceites.	1	2	3	4	5
9. Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida para pressionar em meu favor.	1	2	3	4	5
10. Geralmente actuo como deseja o meu chefe .	1	2	3	4	5
11. Usualmente acato os desejos do meu chefe .	1	2	3	4	5
12. Perante uma situação problemática com o meu chefe , a informação que troco com ele é sempre verdadeira.	1	2	3	4	5
13. Perante uma dificuldade de trabalho com o meu chefe , geralmente faço-lhe concessões.	1	2	3	4	5
14. Usualmente proponho um caminho intermédio para romper com os pontos mortos (impasses).	1	2	3	4	5
15. Perante problemas de trabalho procuro conseguir acordos com o meu chefe .	1	2	3	4	5
16. Tento não mostrar desacordo com o meu chefe .	1	2	3	4	5
17. Evito confrontos com o meu chefe .	1	2	3	4	5
18. Uso os meus conhecimentos e experiência profissional para que as decisões me favoreçam.	1	2	3	4	5
19. No trabalho, de um modo geral acato as sugestões do meu chefe .	1	2	3	4	5
20. Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o meu chefe , por vezes tenho que ceder um pouco para conseguir algo.	1	2	3	4	5
21. Perante uma situação problemática com o meu chefe , geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.	1	2	3	4	5
22. Perante um problema de trabalho com o meu chefe , procuro colocar claramente os nossos interesses para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.	1	2	3	4	5
23. Colaboro com o meu chefe para chegar a soluções aceitáveis para ambos.	1	2	3	4	5
24. No trabalho, tento satisfazer as expectativas do meu chefe .	1	2	3	4	5
25. Algumas vezes uso todos os recursos ao meu alcance para ganhar numa situação de concorrência com o meu chefe .	1	2	3	4	5
26. Procuro não mostrar o meu desacordo com o meu chefe para evitar problemas.	1	2	3	4	5
27. Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o meu chefe .	1	2	3	4	5
28. Perante um problema de trabalho com o meu chefe , tento analisar conjuntamente a situação para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.	1	2	3	4	5

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

ESTILOS DE GESTÃO DE CONFLITOS – COM OS COLEGAS					
<p>As frases que se seguem referem-se a comportamentos que podem estar mais ou menos de acordo com a sua forma de agir perante uma situação de conflito no seu local de trabalho com o(s) seu(s) colega(s). Por favor, leia atentamente cada frase e assinale com um (X) a alternativa que corresponde ao seu caso, com base na seguinte escala:</p> <p>1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Indiferente 4. Concordo 5. Concordo fortemente</p>					
1. Perante uma dificuldade de trabalho com o meu colega , tento analisar a situação com ele para encontrar uma solução aceitável para ambos.	1	2	3	4	5
2. Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do meu colega .	1	2	3	4	5
3. Em questões de trabalho, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema que tenho com o meu colega .	1	2	3	4	5
4. Perante uma situação problemática com o meu colega , tento integrar as minhas ideias e as suas para alcançar uma decisão conjunta.	1	2	3	4	5
5. Procuro analisar com o meu colega as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	1	2	3	4	5
6. Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral evito discutir abertamente com o meu colega .	1	2	3	4	5
7. Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.	1	2	3	4	5
8. Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance para que as minhas ideias sejam aceites.	1	2	3	4	5
9. Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida para pressionar em meu favor.	1	2	3	4	5
10. Geralmente atuo como deseja o meu colega .	1	2	3	4	5
11. Usualmente acato os desejos do meu colega .	1	2	3	4	5
12. Perante uma situação problemática com o meu colega , a informação que troco com ele é sempre verdadeira.	1	2	3	4	5
13. Perante uma dificuldade de trabalho com o meu colega , geralmente faço-lhe concessões.	1	2	3	4	5
14. Usualmente proponho um caminho intermédio para romper com os pontos mortos (impasses).	1	2	3	4	5
15. Perante problemas de trabalho procuro conseguir acordos com o meu colega .	1	2	3	4	5
16. Tento não mostrar desacordo com o meu colega .	1	2	3	4	5
17. Evito confrontos com o meu colega .	1	2	3	4	5
18. Uso os meus conhecimentos e experiência profissional para que as decisões me favoreçam.	1	2	3	4	5
19. No trabalho, de um modo geral acato as sugestões do meu colega .	1	2	3	4	5
20. Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o meu colega , por vezes tenho que ceder um pouco para conseguir algo.	1	2	3	4	5
21. Perante uma situação problemática com o meu colega , geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.	1	2	3	4	5
22. Perante um problema de trabalho com o meu colega , procuro colocar claramente os nossos interesses para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.	1	2	3	4	5
23. Colaboro com o meu colega para chegar a soluções aceitáveis para ambos.	1	2	3	4	5
24. No trabalho, tento satisfazer as expectativas do meu colega .	1	2	3	4	5
25. Algumas vezes uso todos os recursos ao meu alcance para ganhar numa situação de concorrência com o meu colega .	1	2	3	4	5
26. Procuro não mostrar o meu desacordo com o meu colega para evitar problemas.	1	2	3	4	5
27. Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o meu colega .	1	2	3	4	5
28. Perante um problema de trabalho com o meu colega , tento analisar conjuntamente a situação para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.	1	2	3	4	5

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

ESTILOS DE GESTÃO DE CONFLITOS – COM OS SUBORDINADOS					
<p>As frases que se seguem referem-se a comportamentos que podem estar mais ou menos de acordo com a sua forma de agir perante uma situação de conflito no seu local de trabalho com o(s) seu(s) subordinado(s). Por favor, leia atentamente cada frase e assinala com um (X) a alternativa que corresponde ao seu caso, com base na seguinte escala:</p> <p>1. Discordo fortemente 2. Discordo 3. Indiferente 4. Concordo 5. Concordo fortemente</p>					
1. Perante uma dificuldade de trabalho com o meu subordinado , tento analisar a situação com ele para encontrar uma solução aceitável para ambos.	1	2	3	4	5
2. Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do meu subordinado .	1	2	3	4	5
3. Em questões de trabalho, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema que tenho com o meu subordinado .	1	2	3	4	5
4. Perante uma situação problemática com o meu subordinado , tento integrar as minhas ideias e as suas para alcançar uma decisão conjunta.	1	2	3	4	5
5. Procuro analisar com o meu subordinado as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	1	2	3	4	5
6. Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral evito discutir abertamente com o meu subordinado .	1	2	3	4	5
7. Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.	1	2	3	4	5
8. Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance para que as minhas ideias sejam aceites.	1	2	3	4	5
9. Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida para pressionar em meu favor.	1	2	3	4	5
10. Geralmente actuo como deseja o meu subordinado .	1	2	3	4	5
11. Usualmente acato os desejos do meu subordinado .	1	2	3	4	5
12. Perante uma situação problemática com o meu subordinado , a informação que troco com ele é sempre verdadeira.	1	2	3	4	5
13. Perante uma dificuldade de trabalho com o meu subordinado , geralmente faço-lhe concessões.	1	2	3	4	5
14. Usualmente proponho um caminho intermédio para romper com os pontos mortos (impasses).	1	2	3	4	5
15. Perante problemas de trabalho procuro conseguir acordos com o meu subordinado .	1	2	3	4	5
16. Tento não mostrar desacordo com o meu subordinado .	1	2	3	4	5
17. Evito confrontos com o meu subordinado .	1	2	3	4	5
18. Uso os meus conhecimentos e experiência profissional para que as decisões me favoreçam.	1	2	3	4	5
19. No trabalho, de um modo geral acato as sugestões do meu subordinado .	1	2	3	4	5
20. Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o meu subordinado , por vezes tenho que ceder um pouco para conseguir algo.	1	2	3	4	5
21. Perante uma situação problemática com o meu subordinado , geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.	1	2	3	4	5
22. Perante um problema de trabalho com o meu subordinado , procuro colocar claramente os nossos interesses para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.	1	2	3	4	5
23. Colaboro com o meu subordinado para chegar a soluções aceitáveis para ambos.	1	2	3	4	5
24. No trabalho, tento satisfazer as expectativas do meu subordinado .	1	2	3	4	5
25. Algumas vezes uso todos os recursos ao meu alcance para ganhar numa situação de concorrência com o meu subordinado .	1	2	3	4	5
26. Procuro não mostrar o meu desacordo com o meu subordinado para evitar problemas.	1	2	3	4	5
27. Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o meu subordinado .	1	2	3	4	5
28. Perante um problema de trabalho com o meu subordinado , tento analisar conjuntamente a situação para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.	1	2	3	4	5

7

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

ATTITUDES DE SEGURANÇA: PERSPECTIVAS DA EQUIPA NESTA ÁREA DE CUIDADOS AO DOENTE

Por favor, responda aos itens seguintes relativamente ao seu serviço.

Seleccione e assinale com um (X) a sua resposta utilizando a seguinte escala:

1. Discordo Totalmente
2. Discordo Parcialmente
3. Indiferente
4. Concordo Parcialmente
5. Concordo Totalmente
6. NÃO APLICÁVEL

1. As sugestões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas neste serviço.	1	2	3	4	5	6
2. Neste serviço é difícil falar livremente se me aperceber de um problema na prestação de cuidados ao doente.	1	2	3	4	5	6
3. As divergências neste serviço são resolvidas adequadamente (i.e., não se trata de quem está certo, mas do que é melhor para o doente).	1	2	3	4	5	6
4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros profissionais na prestação de cuidados ao doente.	1	2	3	4	5	6
5. É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo.	1	2	3	4	5	6
6. Os médicos(as) e enfermeiros(as) deste serviço trabalham em conjunto como uma equipa bem coordenada.	1	2	3	4	5	6
7. Sentir-me-ia seguro caso fosse tratado aqui como doente.	1	2	3	4	5	6
8. Os erros dos profissionais são tratados de forma adequada neste serviço.	1	2	3	4	5	6
9. Conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas com a segurança do doente neste serviço.	1	2	3	4	5	6
10. Recebo feedback adequado acerca do meu desempenho.	1	2	3	4	5	6
11. Neste serviço é difícil discutir os erros.	1	2	3	4	5	6
12. Sou encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer preocupação que possa ter com a segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
13. A cultura neste serviço faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros.	1	2	3	4	5	6
14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática caso as expressasse à Administração.	1	2	3	4	5	6
15. Gosto do meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	1	2	3	4	5	6
17. Este é um bom local para trabalhar.	1	2	3	4	5	6
18. Tenho orgulho em trabalhar neste serviço.	1	2	3	4	5	6
19. A moral neste serviço é alta.	1	2	3	4	5	6
20. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado.	1	2	3	4	5	6
21. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	1	2	3	4	5	6
22. Tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	1	2	3	4	5	6
23. A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência (por ex.: reanimação cardiorespiratória, convulsões)	1	2	3	4	5	6
24.a) A Administração do Serviço apoia os meus esforços diários	1	2	3	4	5	6
24.b) A Administração Hospitalar apoia os meus esforços diários	1	2	3	4	5	6
25.a) A Administração do Serviço não compromete de forma consciente a segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
25.b) A Administração Hospitalar não compromete de forma consciente a segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
26.a) A Administração do Serviço está a realizar um bom trabalho.	1	2	3	4	5	6
26.b) A Administração Hospitalar está a realizar um bom trabalho.	1	2	3	4	5	6
27.a) Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela Administração do Serviço.	1	2	3	4	5	6

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

27.b) Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela Administração Hospitalar.	1	2	3	4	5	6
28.a) Recebo informações adequadas e oportunas da Administração do Serviço sobre eventos que podem afectar o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
28.b) Recebo informações adequadas e oportunas da Administração Hospitalar sobre eventos que podem afectar o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6
29. O número de profissionais deste serviço é suficiente para tratar o número de doentes.	1	2	3	4	5	6
30. Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais.	1	2	3	4	5	6
31. Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é-me disponibilizada de forma sistemática.	1	2	3	4	5	6
32. Os estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	1	2	3	4	5	6
33. Vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) neste serviço.	1	2	3	4	5	6
34. Vivencio boa colaboração com os(as) médicos(as) neste serviço.	1	2	3	4	5	6
35. Vivencio boa colaboração com os(as) farmacêuticos(as) neste serviço.	1	2	3	4	5	6
36. São comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados.	1	2	3	4	5	6

Terminou o preenchimento do questionário.

Obrigado pela sua colaboração.

Anexo II - Mensagem prévia à divulgação do questionário (Chefias)

Estudo de Investigação Gestão Conflitos e Segurança do Doente QUESTIONÁRIO



Sara Isabel Andrade Cabanas <scabanas@chcbeira.min-saude.pt>

**Exmo.(a) Sr.(a). Diretor(a) de Serviço e Enfermeiro(a)/Técnico(a)
Chefe/Coordenador(a)/Responsável,**

Solicitamos a sua colaboração para fazer parte de um estudo sobre Gestão de Conflitos e Segurança do Doente.

A investigação decorre no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde pela Fisioterapeuta Sara Cabanas, sob a orientação da Prof.^a Doutora Anabela Almeida e do Prof. Doutor Miguel Castelo Branco.

O objetivo geral deste estudo é investigar no Centro Hospitalar Cova da Beira, o efeito das estratégias de gestão de conflitos usadas pelos colaboradores na respetiva perceção de clima de segurança do doente.

Pedimos, por favor, que responda on-line, clicando na seguinte hiperligação:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeqXyp-2mUHOIAWXbLAbRDIa3Kbz0ft9fwoQbVYja6Nc--6zA/viewform>

Asseguramos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

A qualquer momento poderá recusar ou sair do estudo, interrompendo simplesmente o preenchimento do questionário.

A sua participação é de elevada importância para alcançar os objetivos da investigação.

Agradecemos antecipadamente o seu contributo e divulgação entre os colaboradores.

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional através do endereço eletrónico: ftcabanas@gmail.com

Os melhores cumprimentos,

Sara Isabel Andrade Cabanas



CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO | COVA DA BEIRA HOSPITAL CENTER – ACADEMIC HOSPITAL

Alameda Pêro da Covilhã, 6200-251 Covilhã, PORTUGAL

TEL +351 275 330 000 FAX +351 275 330 001

scabanas@chcbeira.min-saude.pt

www.chcbeira.pt

Anexo III - Mensagem prévia à divulgação do questionário (Colaboradores)

Estudo de Investigação Gestão Conflitos e Segurança do Doente QUESTIONÁRIO



Sara Isabel Andrade Cabanas <scabanas@chcbeira.min-saude.pt>

Exmo.(a) Sr.(a). Colaborador(a),

Solicitamos a sua colaboração para fazer parte de um estudo sobre Gestão de Conflitos e Segurança do Doente.

A investigação decorre no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde pela Fisioterapeuta Sara Cabanas, sob a orientação da Prof.^a Doutora Anabela Almeida e do Prof. Doutor Miguel Castelo Branco.

O objetivo geral deste estudo é investigar no Centro Hospitalar Cova da Beira, o efeito das estratégias de gestão de conflitos usadas pelos colaboradores na respetiva perceção de clima de segurança do doente.

Pedimos, por favor, que responda on-line, clicando na seguinte hiperligação:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeqXyp-2mUHOIAWXbLAbRDIa3Kbz0ft9fwoQbVYja6Nc--6zA/viewform>

Asseguramos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

A qualquer momento poderá recusar ou sair do estudo, interrompendo simplesmente o preenchimento do questionário.

A sua participação é de elevada importância para alcançar os objetivos da investigação.

Agradecemos antecipadamente o seu contributo e estamos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional através do endereço eletrónico: ftcabanas@gmail.com

Os melhores cumprimentos,

Sara Isabel Andrade Cabanas



CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO | COVA DA BEIRA HOSPITAL CENTER – ACADEMIC HOSPITAL

Alameda Pêro da Covilhã, 6200-251 Covilhã, PORTUGAL

TEL +351 275 330 000 FAX +351 275 330 001

scabanas@chcbeira.min-saude.pt

www.chcbeira.pt

Anexo IV - Divulgação do link relativo ao questionário na intranet

Estudo de Investigação Gestão Conflitos e Segurança do Doente QUESTIONÁRIO



Sara Isabel Andrade Cabanas <scabanas@chcbeira.min-saude.pt>

Exmo.(a) Sr.(a). Colaborador(a),

Solicitamos a sua colaboração para fazer parte de um estudo sobre Gestão de Conflitos e Segurança do Doente.

A investigação decorre no âmbito da realização da Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde pela Fisioterapeuta Sara Cabanas, sob a orientação da Prof.^a Doutora Anabela Almeida e do Prof. Doutor Miguel Castelo Branco.

O objetivo geral deste estudo é investigar no Centro Hospitalar Cova da Beira, o efeito das estratégias de gestão de conflitos usadas pelos colaboradores na respetiva perceção de clima de segurança do doente.

Pedimos, por favor, que responda on-line, clicando na seguinte hiperligação:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeqXyp-2mUHOIAXbLAbRDIa3Kbz0ft9fwoQbVYja6Nc--6zA/viewform>

Asseguramos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

A qualquer momento poderá recusar ou sair do estudo, interrompendo simplesmente o preenchimento do questionário.

A sua participação é de elevada importância para alcançar os objetivos da investigação.

Agradecemos antecipadamente o seu contributo e estamos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional através do endereço eletrónico: ftcabanas@gmail.com

A hiperligação também está disponível na Intranet do CHCB. É necessário aceder a partir do Google Chrome ou Mozilla Firefox e encontrará a hiperligação na secção "Questionários para Estudos de Investigação" da página principal.

Questionários para Estudos de Investigação

Destinado a Colaboradores do CHCB.

Clique para aceder

Questionários para Estudos de Investigação.

Destinado a Colaboradores do CHCB.

Nota:
Se não conseguir visualizar correctamente no Internet Explorer, copie o link e utilize o Google Chrome.

Questionário aos utilizadores das Bibliotecas Hospitalares da Região Centro de Portugal - Estudo elaborado por Dr.ª Rosa Saraiva - Serviço de Documentação e Biblioteca do CHCB

Avaliação das estratégias de gestão de conflitos e do clima de segurança do doente entre profissionais de saúde - Estudo elaborado por Fisioterapeuta Sara Cabanas - Serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHCB

Os melhores cumprimentos,
Sara Isabel Andrade Cabanas

Anexo V - Autorização dos autores para aplicar o ROCI-II e o SAQ

Sara Cabanas <ftcabanas@gmail.com>

Pedido de autorização para utilizar o Rahim Organizational Conflict Inventory - II

Pedro Cunha <pcunha@ufp.edu.pt>
Para: Sara Cabanas <ftcabanas@gmail.com>

22 de novembro de 2016 11:36

Cara Dra. Sara Cabanas,

Tenho todo o gosto em saber da sua investigação com o ROCI-II e pode avançar sem qualquer problema.

Se eu puder ser útil em mais alguma informação sobre os trabalhos que temos vindo a fazer com o ROCI-II em Portugal, queira contactar-me.

Gostaria que, no final da sua investigação, me desse conta dos seus resultados.

Desejo-lhe as maiores felicidades para o seu estudo.

Melhores cumprimentos,

Pedro Cunha
Professor Associado com Agregação
Faculdade de Ciências Humanas

Pedido de autorização para utilizar o SAQ – Short Form 2006 PT

Dora Saraiva <dorasaraiva1@hotmail.com>
Para: Sara Cabanas <ftcabanas@gmail.com>

24 de novembro de 2016 19:11

Cara Sara Cabanas:

Agradeço o seu contacto.

É com a maior honra que autorizo a utilização do questionário *Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 PT* no estudo que refere. Gostava de no futuro ter feedback acerca dos resultados alcançados.

Estou disponível para o que considerar oportuno.

Com os melhores cumprimentos.

Votos de um bom trabalho.

--

Dora Saraiva

Anexo VI - Autorização do Conselho de Administração do CHCB para realizar o estudo

Estilos de Gestão de Conflitos e Clima de Segurança do Doente

03/01/2017

 Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presente em reunião de C.A.
E. 75/2016
Assunto: *Assunto*
Rosa Saraiva
Presidente do C.A. / Director Clínico
Dr. João José Cabreiro Alves
Vogal do C.A.
Dr. Vítor Manuel Mendes da Mota
Vogal do C.A.
Dr.ª Maria de Jesus Trocado Marques
Enfermeiro Director
Enf. João José Ramalhão Ramalhão

Parecer:	Despacho:
----------	-----------

ASSUNTO: Projecto de Investigação n.º 75/2016 - "Efeito das Estratégias de Gestão Construtiva de Conflitos na Cultura de Segurança do Doente das Unidades de Saúde".

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

N.º 01/GII

DE: Gabinete de Investigação e Inovação

Data 03/01/2017

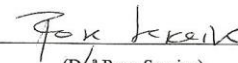
Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Sara Isabel Andrade Cabanas, aluna do 2º Ciclo em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Efeito das Estratégias de Gestão Construtiva de Conflitos na Cultura de Segurança do Doente das Unidades de Saúde", a realizar em todos os Serviços Clínicos deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer n.º 75/2016, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,


(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/MA

Anexo VII - Autorização do Diretor Clínico do CHCB para realizar o estudo



*Para este procedimento
do Diretor Clínico o estudo
deverá ser aprovado*

Centro Hospitalar Cova da Beira
Adjunto da Direção Clínica

Dr. Carlos Gomes

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
A/C Exmo. Senhor
Diretor Clínico
Quinta do Alvito
6200 – 251 Covilhã

*Autenticado o
estudo; aprovada
a realização do estudo para*

Covilhã, 15 de setembro de 2016

Centro Hospitalar Cova da Beira
Adjunto da Direção Clínica

Dr. Carlos Gomes

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo Efeito das Estratégias de Gestão Construtiva de Conflitos na Cultura de Segurança do Doente das Unidades de Saúde

Exmo. Senhor,

Em virtude de no estudo supracitado não haver contato com doentes e deste implicar a aplicação de um questionário exclusivamente a colaboradores, solicito a V. Exa., em representação dos Diretores dos Serviços Clínicos, o parecer para a realização do estudo referido em epígrafe. Comprometo-me a contactar a chefia em cada serviço antes de iniciar a sua aplicação.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresentamos um resumo dos aspetos mais relevantes:

Nome do investigador Sara Isabel Andrade Cabanas

Instituição de origem Universidade Beira Interior

Serviços do CHCB que participam no estudo Todos os Serviços Clínicos

Objetivos

Objetivo geral: investigar no Centro Hospitalar Cova da Beira, o efeito das estratégias de gestão construtiva de conflitos usadas pelos colaboradores, no seu nível de cultura de segurança do doente.
Objetivos específicos: caraterizar e hierarquizar os estilos utilizados pelos colaboradores para gerir os conflitos, averiguar as diferenças em função do tipo de relação com o oponente, verificar a influência das características sociodemográficas e profissionais nos estilos de gestão de conflitos utilizados pelos participantes no estudo, avaliar o nível de cultura de segurança dos inquiridos, e aferir o efeito das estratégias de gestão construtiva de conflitos usadas pelos colaboradores no seu nível de cultura de segurança do doente.

Metodologia

Questionário

Sede: ☒ Quinta do Alvito 6200 – 251 Covilhã
☒ Av. Adolfo Portela 6230 – 288 Fundão

☎ 275 330 000
☎ 275 330000

Fax: 275 330 001
Fax: 275 751 057



Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

Amostra	Colaboradores dos Serviços Clínicos
Informação de segurança	O Investigador notificará espontaneamente todos os acontecimentos adversos ao GIL.
Duração prevista do estudo	8 meses

O investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

O aluno/Investigador

Sara Isabel Andrade Cabanas

Sara Isabel Andrade Cabanas

Anexo VII - Autorização da Comissão de Ética do CHCB realizar o estudo



Exmo(a) Sr(a). Dr.(a)
Sara Isabel Andrade Cabanas

Data: 07/12/2016

Assunto: Parecer da CES relativo ao estudo "Efeito das Estratégias de Gestão Construtiva de Conflitos na Cultura de Segurança do Doente das Unidades de Saúde"

Exmos(as). Senhores(as),

Em resposta ao V. pedido de parecer para realização do estudo supramencionado, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, ao abrigo do disposto na Lei nº 21/2014, de 16 de Abril, e em sessão plenária no dia 02/12/2016 deliberou emitir parecer, conforme documento em anexo.

A CES do CHCB opera dentro do exigido pelas boas práticas clínicas.

Na execução deste estudo qualquer informação/comunicação relevante para a segurança dos participantes tem de ser imediatamente comunicada à CES do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética para a Saúde
do Centro Hospitalar Cova da Beira


(Prof. Doutor Manuel Morgado – Presidente da CES)

CHCB.IMP.COMET.01

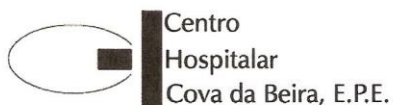
Ed.1

Rev.0

Sede: ☒ Quinta do Alvito 6200 – 251 Covilhã
☒ Av. Adolfo Portela 6230 – 288 Fundão

☎ 275 330 000
☎ 275 330 000

Fax: 275 330 001
Fax: 275 751 057



Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

Deliberação n.º: 75/2016	Data: 02/12/2016	Órgão: Reunião plenária
Título: "Efeito das Estratégias de Gestão Construtiva de Conflitos na Cultura de Segurança do Doente das Unidades de Saúde"		Nº. EudraCT:
Versão da documentação aprovada: 30/11/2016	Promotor:	Investigadores principais: Sara Isabel Andrade Cabanas

Membros da CES do CHCB:

**Prof. Doutor Manuel
Passos Morgado**
(Presidente,
Farmacêutico)

**Dr.ª Ana Paula Torgal
Carreira**
(Vice-Presidente,
Assistente Social)

**Enf.ª Maria Gabriela
Ramalinho**
(Enfermeira)

**Dr.ª Maria Fátima Jesus
Simões**
(Psicóloga)

**Dr. Luís Manuel Almeida
Alves Ribeiro**
(Médico)

**Dr. Luís Manuel Carreira
Fiadeiro**
(Jurista)

Dr. António Luciano
(Teólogo)

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, em reunião realizada na data 02/12/2016, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo acima referenciado.

Ouvido o relator, o processo foi votado pelos membros da CES do CHCB presentes:

Presidente: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado

Vice-Presidente: Dr.ª Ana Paula Torgal Carreira

Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro

Dr. António Luciano

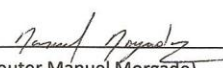
Enf.ª Maria Gabriela Ramalinho

Resultado da votação:

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada ter a opor à realização do mesmo.

Data: 07/12/2016

O Presidente da CES do CHCB:


(Prof. Doutor Manuel Morgado)

