

GESTÃO DE CONFLITOS NA ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA DE REFLEXÃO

Pedro Cunha¹, Rute Meneses¹, Manuel Cardoso de Oliveira¹

1. UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

A Saúde, como área de enorme complexidade e grande importância humana, social e política, está sujeita a constantes desafios. Nela as mudanças são vertiginosas, os conceitos alteram-se a um ritmo impressionante, as transformações demográficas e epidemiológicas são rápidas, o conhecimento cresce de um modo exponencial, as doenças crônicas e as populações idosas aumentam, os desperdícios são relevantes, os custos dos cuidados não páram de subir, a sua integração deve atualizar-se, a necessidade de equipas multidisciplinares é manifesta e o envolvimento dos doentes e das famílias nos cuidados de saúde é cada vez maior. Como se tudo isto não bastasse, os contínuos progressos científicos e tecnológicos criam fragmentações e estas favorecem o caos¹. As manifestações de tribalismo nos diversos grupos profissionais, por seu turno, dificultam muitas vezes a implementação de novas configurações organizacionais que tenham em vista superar o caos. Acresce que os determinantes da Saúde (alterações ambientais, problemas nutricionais, estilos de vida e populações em maiores riscos, entre outros) vêm ganhando importância crescente, o que a torna uma área particularmente susceptível e atreita aos mais diversos tipos de conflito. Assiste-se, efetivamente, a uma escalada 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 Saúde². Esta conflitualidade reduz a qualidade e aumenta os custos dos referidos cuidados, secundarizando os objetivos de serem efetivos e eficientes. Abre-se, assim, um espaço particularmente propício para novas formas de gestão construtiva de conflitos (nomeadamente, a negociação, a mediação e a conciliação entre profissionais de saúde, utentes e suas famílias e outros envolvidos) de modo a atenuar os efeitos perversos destas conjunturas.

A relação do Direito com a Medicina está longe de ser harmoniosa, sabendo-se que precisam de ser particularmente estimulados um lugar de pacificação e uma cultura de responsabilidade. Neste clima de decisões complexas, autoridade desacreditada e implicações sociais muito importantes, há que fomentar métodos para a prevenção e gestão construtiva de conflitos, à

semelhança do que vai acontecendo noutros sectores da sociedade³, mas com as adaptações que a área da Saúde aconselha.

Dado que os cuidados de Saúde têm sido descritos como sistemas adaptativos complexos, não surpreende que nesta área os conflitos ganhem particular gravidade e levem muitas dificuldades para a sua resolução. A Saúde é, assim, um sector susceptível, sabendo-se que apesar dos indiscutíveis progressos da Ética, estamos ainda longe de um equilíbrio que possa dar mais garantias sobre a eficácia da mudança de comportamentos individuais e organizacionais.

Para que possamos vencer os desafios que se nos colocam há que corrigir os desequilíbrios de poder e de conhecimentos entre doentes e profissionais da Saúde e entre estes e os gestores, de modo a que o sector possa beneficiar dessas correções⁴. Trata-se de um processo cultural em que a educação tem um papel muito importante, de modo a que os saberes científicos, organizacionais e experienciais se articulem devidamente. A existência de práticas funcionais para a prevenção e gestão de conflitos poderá potenciar uma melhoria dos resultados nas disputas que ocorrem e desenvolver um ambiente organizacional mais saudável. Procura-se ir para além de práticas como a obtenção do consentimento informado, elemento essencial no âmbito da intervenção e investigação em Saúde^{5,6,7}, mas cujas dificuldades e problemas suscitados^{8,9,10,11,12,13} não são ainda suficientemente investigados. 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 partes³.

Num cenário de globalização, é de esperar que a interdependência entre envolvidos tenha importantes consequências nas dinâmicas de profissionais, quer individualmente quer em grupo. A interdependência é um dos focos possibilitadores de conflitos. Com as nossas sociedades cada vez mais “abertas”, e com uma maior interdependência entre organizações e grupos, o fenómeno conflitual transformou-se em algo inteiramente estrutural das nossas vidas³. As diferentes organizações na área da Saúde sentem, com cada vez mais premência, a necessidade dos seus colaboradores

possuírem instrumentos eficazes para lidar com contendas, 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^{3,4}.

Quando se fala em conflito interpessoal, é essencial possuir uma abordagem ampla e plural para procurar uma tentativa de delimitação do conceito. Embora o conflito tenha vindo a ser estudado por diversas ciências do conhecimento humano, destaca-se a abordagem psicossocial da complexidade inerente ao próprio fenómeno e o facto de que, desde sempre, os seres humanos, pertencentes a comunidades de maior ou menor dimensão, se viram compelidos a lidar com conflitos consigo mesmos e com o outro^{14,15,16,17}. Semelhanças e diferenças entre indivíduos e entre grupos aparecem como processos psicossociais com crescente importância na gestão das relações humanas¹⁸.

Apesar dos numerosos desafios com que atualmente se defrontam os profissionais de Saúde^{19,20,21,22}, muito poucos estão familiarizados com as competências e os processos necessários para negociar conflitos no seu ambiente de trabalho²³. Há um esforço educativo que deve ser estimulado não só para a área da Saúde como para a do Direito. Este esforço multidisciplinar promete melhor futuro tornando-se indispensável a possibilidade de criar novos conhecimentos, o que concede à investigação uma importância fundamental. Na área da Saúde a investigação multidisciplinar de natureza socioprofissional e económica, sendo uma área vasta²⁴, terá de contar com o maior envolvimento dos profissionais mais diretamente ligados à Saúde e os contributos das ciências humanas e sociais.

A Segurança dos Doentes (Patient Safety) tem uma estreita e compreensiva relação com a questão dos conflitos em Saúde. A Associação Para a Segurança dos Doentes (APASD)²⁵ tem vindo a assumir numerosas iniciativas no setor, procurando aumentar a literacia de todos os envolvidos nestes processos, e estimulando o desenvolvimento de projetos de investigação. O treino dos profissionais em comunicação, trabalho de equipa e técnicas para apreender com os erros

poderão contribuir para que os conflitos possam ser mais eficazmente resolvidos, facilitando um diálogo mais profícuo com os doentes e no qual todas as partes envolvidas se sintam ganhadoras, pois os acordos estabelecidos permitem integrar os interesses dos vários envolvidos. Situamo-nos, aqui, na gestão construtiva e eficaz de conflitos, a qual aposta numa mudança ao nível macro da organização, focalizando-se no conflito substantivo e minimizando o conflito afetivo nos níveis individual, grupal, intergrupar e organizacional, o que implica alterações na liderança, cultura e desenho da organização²⁶.

Apenas como contraponto, lembremos que a abordagem tradicional de conflitos não questiona se a estrutura ou os processos organizacionais estão na origem de uma determinada situação litigiosa, procurando resolvê-la ou reduzi-la, através da uma atuação ao nível micro do sistema²⁶. Não é possível equacionar um programa de gestão eficaz de conflitos se as questões das reações e das rotinas defensivas – características 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 existentes nos nossos dias na Saúde têm negligenciado estas duas 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, típico de uma cultura de paz, solução e negociação.

Definir negociação significa ter-se presente que se capitalizam os meios de resolução de um problema através do diálogo e de forma civilizada. A negociação procura solucionar o conflito de forma que a solução encontrada se revele satisfatória para todos os implicados; consiste num processo de resolução de um conflito entre duas ou mais partes opostas, mediante o qual todas as partes alteram as suas exigências, com vista a alcançarem um compromisso sentido como aceitável por todas¹⁴. Apesar de tudo o que se disse, nem sempre se torna possível resolver um conflito mediante a negociação, uma vez que existem conflitos que não podem e nem devem resolver-se mediante a via negocial²⁷.

De qualquer modo, uma negociação, mediação e/ou conciliação adequadas podem permitir

rápida e eficazmente uma melhor resolução dos conflitos, revelando-se estratégias mais funcionais face às alternativas mais dolorosas, mais caras e mais difíceis²⁸. O objetivo principal tanto da negociação direta como da negociação assistida por um terceiro (a mediação e a conciliação) é, pois, explorar opções que facilitem soluções bilateralmente construtivas. Nesse sentido, a mediação é um processo que valoriza a condição humana e favorece a produção de mudança através de uma terceira parte (o mediador); quando a negociação não é exequível, a mediação surge como uma alternativa credível que proporciona resultados satisfatórios, de forma que os intervenientes desenvolvam autonomamente vias para lidarem com as tensões inerentes à sua interligação (e não meramente procurarem acordos que finalizem uma controvérsia pontual)³.

Por sua vez, a conciliação constitui um meio informal de resolução extrajudicial de conflitos, centrado na tentativa das partes de encontrarem uma solução para o litígio existente, recorrendo ou não a um terceiro interveniente. Existindo um terceiro interveniente, este conduzirá o processo conjuntamente com as partes para que atinjam, de forma voluntária, um acordo, sem haver a necessidade de recurso a outras instâncias. A terceira parte promove uma solução célere para

a gestão do mesmo, adotando uma posição ativa, podendo apresentar sugestões e recomendações. A conciliação é um meio de resolução que antecede geralmente a via arbitral³.

As vias da negociação, da mediação e da conciliação – que constituem processos de regulação social^{29,30} com crescente prestígio – estimulam o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade e evitam o dispêndio de energias em tarefas de menor interesse. A gestão de conflitos na Saúde é uma área fascinante que não pára de crescer. Os processos de negociação, mediação e conciliação podem dar a ambas as partes um sentido de ultrapassagem do conflito, ajudando a aliviar o sentido bilateral dos agravos⁴. Cria-se, assim, um clima de ausência de vencedores ou vencidos e fortalece-se a tão ameaçada relação clínico/doente. As partes atenuam comportamentos de confrontação e, no final, surge uma sensação de autorrealização, evitando disputas médico-legais ou outras, sempre indesejáveis, onerosas e penosas. De facto, mesmo quando a gestão construtiva de conflitos não é bem-sucedida, tem resultados positivos para todos os envolvidos no processo³¹, mais ainda num cenário de diversidade cultural, linguística e socioeconómica a que se assiste atualmente em Portugal³².

REFERÊNCIAS

1. Manuel Cardoso de Oliveira. Perspectivas do Ensino na área da Saúde. Publicado no site da APEGSAUDE.
2. Jennifer Landau, Elio Borgonovi. Relationship Competence for Healthcare Management – Peer to Peer. New York, Palgrave MacMillan, 2008.
3. Pedro Cunha, Sofia Leitão. Manual de Gestão Construtiva de Conflitos. Porto, Edições UFP, 2011.
4. Anne Ward Platt. Conciliation in Healthcare – Managing and Resolving Complaints and Conflict. Oxon, Radcliffe Publishing, 2008.
5. American Medical Association. Informed consent. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/legal-topics/patient-physician-relationship-topics/informed-consent.page>
6. Administração Regional de Saúde do Norte. Consentimento informado. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Consentimento%20Informado>.
7. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsínquia. http://ruirodrigues.net/spc_revista/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=15.
8. Marie M. Bismark, Andrew J. Gogos, David McCombe, Richard B. Clark, Russell L. Gruen, David M. Studdert. Legal disputes over informed consent for cosmetic procedures: A descriptive study of negligence claims and complaints in Australia. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, May 2012. [Epub ahead of print]
9. JA Alvarez-Díaz. [Readability of education and consent forms in assisted reproduction procedures of the Latin American Network of Assisted Reproduction]. *Cir Cir*. 2012; 80: 162-170.
10. EJ Teng, NJ Petersen, C Hartman, E Matthiesen, M Kallen, KF Cook, ME Ford. Effects of depression and social support on comprehension and recall of informed consent information among Parkinson disease patients and their caregivers. *Int J Psychiatry Med*, 2012; 43:67-83.
11. Joanne Agnew, Diane Jorgensen. Informed consent: a study of the OR consenting process in New Zealand. *AORN J*, 2012; 95:763-770.
12. EJ Gordon. Informed consent for living donation: A review of key empirical studies, ethical challenges and future research. *Am J Transplant*, May 2012 [Epub ahead of print]
13. M Izadi, M Fazel, T Nasiri-Vanashi, SH Saadat, S Taheri. Informed consent for inclusion into clinical trials: A serious subject to note in the developing world. *Arab J Nephrol Transplant*, 2012; 5:97-101.
14. Pedro Cunha. Conflito e Negociação. Porto, Edições Asa, 2ª edição, 2008.
15. Morton Deutsch. Sixty Years of Conflict. *International Journal of Conflict Management*, 1990;1: 237-263.
16. Dean G. Pruitt. Conflict Escalation in Organizations. In C. K. W. De Dreu & M. J. Gelfand. *The Psychology of Conflict and Conflict Management in Organizations*, 2008; 245-266, New York: Lawrence Erlbaum.
17. Jeffrey Z. Rubin, Dean G. Pruitt, S. H. Kim. *Social Conflict, Escalation, Scalemate and Settlemate*. New York, Random House, 1994.
18. Lurdes Munduate Jaca, Francisco José Medina Díaz. *Gestión del Conflicto, Negociación y Mediación*. Madrid, Pirámide, 2005.
19. Holly Hayes Bovio. Applying conflict resolution skills in health care part I: Principled negotiation method, Feb 2010.
20. Holly Hayes Bovio. Applying conflict resolution skills in health care part II: Separate the people from the problem, Feb 2010.
21. Holly Hayes Bovio. Applying conflict resolution skills in health care part III: Focus on interests, not positions, Mar 2010.
22. Holly Hayes Bovio. Applying conflict resolution skills in health care part IV: Invent options for mutual gain, Mar 2010.
23. Victoria Hekkers. Mediation in health care: A collaborative journey. *TCM*, 2006; 17: 66-68.
24. João Lobo Antunes. *Investigação Científica e Plano Nacional de Saúde*, 2011-2016, Julho de 2010.
25. Manuel Cardoso de Oliveira. A Segurança em Unidades de Saúde: O contributo da APASD. *Revista UFP*, 2011;12: 30-33.
26. Azfala hur Rahim. Toward a Theory of Managing Organizational Conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 2002; 13: 206-236.
27. Gavin Kennedy, John Benson, John McMillan. *Managing Negotiations*. London, Hutchinson Business Books, 3rd edition, 1990.
28. Gordon Wade. Alternative dispute resolution and the Irish Healthcare System: A comparative, best-practice diagnosis of the administering of mediation to the Irish Healthcare System, Jun 2010.
29. Reynald Bourque, Christian Thuderoz. *Sociologie de la Négotiation*. Paris, La Découverte, 2002.
30. Leonard J. Marcus, Barry C. Dorn, Eric J. McNulty. *Renegotiating Health Care – Resolving Conflict to Build Collaboration* (2nd ed.). S. Francisco, Jossey Bass, 2011.
31. Victoria Hekkers. Health care mediation. *TCM*, 2005; 16: 77-79.
32. Vera Nierkens, Anja Krumeich, Ri de Ridder, Martien van Dongen. The future of intercultural mediation in Belgium. *Patient Education and Counseling*, 2002;46: 253-259.