



04.07 A Gestão de conflitos no trabalho em Saúde



Desde os tempos pré-históricos o homem já havia detectado a importância de se juntar a força de diversos indivíduos para a consecução de tarefas e objetivos não alcançáveis individualmente. Junto com o trabalho em grupo ou em equipe surgiram os elementos para o aparecimento dos conflitos.

Autor: Pedro Gonzaga Macedo
CoHCor - Hospital do Coração - SP

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Gonzaga Macedo P. A Gestão de Conflitos no trabalho em Saúde[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Trabajo final de Master 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



RESUMO

Desde os tempos pré-históricos o homem já havia detectado a importância de se juntar a força de diversos indivíduos para a consecução de tarefas e objetivos não alcançáveis individualmente. Junto com o trabalho em grupo ou em equipe surgiram os elementos para o aparecimento dos conflitos.

Porém, já se observa que somar habilidades individuais melhora os desfechos obtidos pelo grupo em relação ao trabalho realizado

individualmente. Quando os indivíduos conseguem perceber que possuem objetivos em comum e que juntos têm maior probabilidade de sucesso, os conflitos, inevitáveis nas relações humanas, servirão como válvula propulsora para a melhora das práticas e relacionamento profissional.

As instituições de saúde precisam ter uma visão clara que o ser humano é constituído por características de personalidades singulares e complexas, e que seu comportamento no trabalho é influenciado por diversos fatores, particularmente em ambientes de extrema pressão e estresse como os dos serviços de atenção à saúde.

A assistência à saúde é uma atividade de extrema complexidade que requer profissionais com um alto nível técnico, de formações distintas, e que precisam

exercer suas funções em equipes altamente coesas.

Os conflitos laborais fazem parte do trabalho em equipe. Cabe aos profissionais buscarem estratégias e ferramentas para reduzir a

1. Introdução

2. O Sistema de Saúde Brasileiro e o trabalho em saúde

3. Qualidade em saúde

4. Equipes de saúde

5. A gestão de conflitos no setor saúde

5.1. Tipos de soluções de conflitos

5.2. Estilos de enfrentamento de

6. Características nos níveis de atenção

6.1. Atenção Primária à Saúde

6.2 Nos serviços hospitalares e de urgência

7. A qualidade na gestão de conflitos

7.1. Quadro simplificado de administração de conflitos

8. Considerações

9. Referências Bibliográficas

sua incidência e saber como conduzi-los de forma que interfiram o mínimo possível na assistência aos pacientes durante o seu curso e após terminado.

É essencial que o gestor possua habilidades interpessoais que o permita ser reconhecido por sua equipe como um líder, através de uma boa comunicação, respeito, empatia, transparência, honestidade e competência.

1.Introdução

Desde os tempos pré-históricos o homem já havia detectado a importância de se juntar a força de diversos indivíduos para a consecução de tarefas e objetivos não alcançáveis individualmente. Junto com o trabalho em grupo ou em equipe surgiram os elementos para o aparecimento dos conflitos.

Porém, já se observa que somar habilidades individuais melhora os desfechos obtidos pelo grupo em relação ao trabalho realizado individualmente. Quando os indivíduos conseguem perceber que possuem objetivos em comum e que juntos têm maior probabilidade de sucesso, os conflitos, inevitáveis nas relações humanas, servirão como válvula propulsora para a melhora das práticas e relacionamento profissional.

Tradicionalmente, os conflitos são compreendidos e experimentados como algo negativo que deveria ser evitado, pois seriam entraves para a concretização de nossos objetivos. Sem dúvida, os conflitos são um traço inevitável e substancial das relações humanas que fornecem numerosos elementos positivos para a inovação e a evolução social e humana, já que evitam a estagnação, estimulam as mudanças, e cumprem papel importante no desenvolvimento das personalidades individuais e coletivas. O que ocorre é que os conflitos podem adotar um rumo construtivo, que convide à reflexão e à criatividade, ou deletério,

alimentando o ofuscamento e o enfrentamento, segundo como as pessoas envolvidas o enfrentam. Trata-se, então, nem tanto de eliminar ou prevenir os conflitos, mas sim de aprender a conduzi-los até resultados que enriqueçam as partes.

As instituições de saúde precisam ter uma visão clara que o ser humano é constituído por características de personalidades singulares e complexas, e que seu comportamento no trabalho é influenciado por diversos fatores, particularmente em ambientes de extrema pressão e estresse como os dos serviços de atenção à saúde.

A organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação com forte impacto sobre suas emoções, pensamentos e sentimentos. Em contrapartida, a organização atua de forma que muitas vezes pressiona o indivíduo, levando-o a estados de: doenças, insatisfação, desmotivação. A sobrecarga de trabalho, o estresse em cuidar de pacientes graves, as dificuldades em lidar com os limites entre a vida e a morte nos serviços de urgência em seu cotidiano podem levar à síndrome de "burn out". Portanto, uma das consequências mais acentuadas do estresse profissional, caracteriza-se por: exaustão emocional; avaliação negativa de si mesmo; depressão; insensibilidade com relação a quase tudo e todos, sendo ao mesmo tempo gênese de conflitos no ambiente de trabalho e influenciando de modo negativo na resolução destes.

Atualmente, sabe-se do desafio que se é colocado diariamente nas unidades de saúde, seja qual for o nível de atenção, para que se consiga prestar uma atenção à saúde de qualidade que satisfaça gestores, profissionais e o foco principal dos sistemas e serviços de saúde que é o paciente, contemplando os princípios e diretrizes do SUS. O objetivo é deixar claro que para se alcançar a qualidade máxima na prestação dos serviços de saúde é necessário que o profissional tenha pleno conhecimento de suas

responsabilidades dentro do serviço em que atua, em uma lógica sistêmica, entendendo que o trabalho em equipe é fundamental.

Pontua-se as principais características da prestação de serviços de saúde no âmbito do SUS, como o sistema está organizado, e os atores envolvidos. A partir daí estabelecer as características e aptidões desejáveis e esperadas dos profissionais de saúde para exercerem suas importantes funções com o menor nível de atrito possível, buscando ao máximo evitar os conflitos no dia-a-dia de trabalho e sabendo como agir quando estes se estabelecem, sabendo conduzi-los de forma que os mesmos não tenham impacto negativo na prestação da assistência aos pacientes, não comprometam o funcionamento das instituições, na busca sempre do melhor resultado em saúde da população.

2. O Sistema de Saúde Brasileiro e o trabalho em saúde

O SUS, produto das lutas travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileiro, precisa ser apreendido como um processo social em construção, já que, nos dias atuais, ainda convive com panoramas diferenciados e plurais, nos quais a garantia do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito da integralidade da atenção, ainda não foi alcançada plenamente por todos os cidadãos.

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a elaboração da nova Constituição, o Movimento Sanitário e o governo se reencontram com os movimentos sociais populares. Com a promulgação da nova Constituição, em 1988, e sua regulamentação com a Lei Orgânica da Saúde e a Lei 8.142, ambas em 1990, a Norma Operacional Básica do SUS de 1993 e 1996 (NOB - SUS), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS de 2001 e 2002 (NOAS - SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e sua segunda edição em

2011, os Pactos pela Saúde em 2006 e a Portaria nº 4.279 de 2010 sobre as Redes de Atenção à Saúde, constituiu-se um arcabouço jurídico bastante avançado, contemplando e ajudando a colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, reafirmando os princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade) e as diretrizes organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização e participação social).

O Decreto nº 7.508, de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080, contribuindo para que o SUS avance em seu processo organizativo, definindo o que são as regiões de saúde, as portas de entrada do sistema, a constituição de redes integradas de serviços de saúde, onde a atenção primária à saúde (APS) tem a função ordenadora, e o novo marco organizacional por meio dos Contratos Organizativos de Ação Pública, que devem reger a relação dos três entes federativos definindo responsabilidades, indicadores, critérios e metas para avaliação de desempenho, assim como aspectos financeiros com o objetivo de garantir a implementação de ações e serviços integrados. A regulamentação da Lei nº 8.080 só foi possível graças aos avanços acumulados historicamente pelo conjunto legal referido antes, que permitiu, ao longo destes mais de 25 anos do SUS, a organização de um sistema ainda em construção.

A gestão dos conflitos na área da saúde deve ser vista como forma de garantir sua aplicação no mais alto grau possível tendo em vista os valores sociais que se pretende proteger com a criação do sistema de saúde.

Dada a ambição de tal tarefa, pode-se prever antecipadamente que é inevitável o surgimento de conflitos nos diversos níveis

da atenção à saúde, entre as categorias de profissionais da saúde, entre estes e os entes da gestão macro e meso, com as organizações sociais que participam do controle comunitário, e, mais importante, com os usuários do sistema de saúde e por extensão seus familiares e amigos (gestão micro).

Garantir a Universalidade, a Equidade e a Integralidade em uma área tão sensível e complexa como a da saúde e em um ambiente em que faltam um modelo de financiamento adequado, que resulta em condições hipossuficientes de trabalho, onde falta clareza na área da formação de qual é o perfil profissional capaz de dar resposta às necessidades de saúde da população brasileira, é o desafio posto. Acrescente a isso o fato de que o setor público é incapaz de arcar sozinho com todos os serviços necessários para compor um sistema de saúde completo, tendo por isso que contratar muitos serviços do setor privado, que ainda não se submete plenamente às diretrizes do SUS, seguindo uma lógica de mercado. Isso cria um ambiente complexo que demanda um alto grau de competência técnica e comprometimento por parte dos profissionais de saúde.

Um dos principais problemas da organização dos sistemas de saúde em distintos níveis de atenção é a falta de comunicação adequada entre os profissionais da atenção primária, da atenção especializada e das unidades de internação, incluindo os serviços de urgências. Uma atenção primária sem um grupo de especialistas disponível para interconsultas, opiniões, acompanhamentos conjuntos perde muito em efetividade clínica e êxito técnico, e um grupo de especialistas sem uma boa atenção primária acaba medicalizando a vida e incorrendo em iatrogenias, perdendo muito em sucesso prático.

Em metanálise realizada por Olmos e Cavalcanti foram selecionados estudos que avaliaram os efeitos da comunicação interativa entre generalista e especialista sobre desfechos

de pacientes sendo acompanhados ambulatorialmente com diabetes mellitus, câncer e condições psiquiátricas. Este estudo corrobora com a ideia, aparentemente lógica, de que a melhora na comunicação entre médicos de diferentes níveis de atenção, cuidando de um mesmo paciente, se reverte em benefícios (melhora o prognóstico) aos pacientes. Embora esta tese seja definitivamente plausível e ratificada pela metanálise realizada, a comunicação entre os níveis de atenção está longe de ser razoável, particularmente no Brasil. É absolutamente necessário que medidas sejam tomadas para tentar aprimorar a comunicação entre os níveis de atenção.

3. Qualidade em saúde

Conceitualmente, a qualidade em saúde será sempre uma construção social, produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos, os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências.

Neste sentido, será sempre um desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em saúde, tendo como consideração a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os atores envolvidos em sua construção (indivíduos, famílias, comunidades, profissionais e gestores). Podemos definir qualidade como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente a normas e protocolos que organizam as ações práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos (AMQ – MS, 2006).

A qualidade em saúde pode ainda ser definida como:

- Grau em que os serviços de saúde para indivíduos e população aumentam a probabilidade de resultados desejados e são

consistentes com o conhecimento profissional corrente (Institute of Medicine, 1990);

- Capacidade de maximizar o bem-estar do paciente, após levar em conta o balanço entre os ganhos e as perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado (Donabedian, 1980).

Os padrões pessoais são os primeiros passos para se atingir a qualidade no campo profissional. Por outro lado, segundo Deming, somente 15% das oportunidades de melhoria dos cuidados dependem dos profissionais, os 85% restantes passam pela melhoria de fatores deficitários dependentes do sistema organizativo.

No momento atual as atenções se voltam para a qualificação das ações na assistência à saúde. O desempenho e a efetividade do sistema de saúde dependem do envolvimento das equipes nos temas relacionados à qualidade e criar uma cultura voltada para a qualidade, faz parte do processo de educação continuada devendo ser visto como prioridade. Só se alcançarão mudanças efetivas nos níveis de saúde e na qualidade de vida da população a partir do comprometimento dos profissionais que desenvolvem as ações de assistência à saúde. Possuir e desenvolver ferramentas e habilidades para saber lidar e dar respostas aos conflitos laborais e sociais nos serviços de saúde fazem parte da busca pela qualidade, que em última análise tem o fim de atender aos problemas, às necessidades e às expectativas dos usuários dos serviços de saúde.

4. Equipes de saúde

As complexidades do setor saúde e da grande variedade de necessidades que cada paciente apresenta para sentir-se com saúde e bem assistido, mostra a limitação existente na idéia

de que apenas uma única categoria profissional possa atingir a excelência na atenção à saúde. Nesse sentido, vem se tornando cada dia mais explícita a necessidade dos profissionais da área da saúde mudarem o paradigma de suas formações, ainda pouco voltadas para o trabalho em equipe. O que se vê com frequência é que os profissionais estão em equipe, mas não trabalham em equipe.

Para Campos (1997), existem fundamentalmente dois modelos para a organização dos processos de trabalho em saúde. No modelo mais tradicional existem organogramas verticais e uma clara separação entre as diversas profissões. Tende a ser um trabalho burocratizado, em que cada um só se sente responsável pelo que é estritamente da sua área técnica ou especialidade. No extremo oposto existem propostas de horizontalidade dos organogramas com conseqüente distribuição do poder. Neste caso verificar-se-ia uma igualdade artificial entre os trabalhadores e uma indefinição de funções dos elementos da equipe de saúde. Esta horizontalidade poderia levar à diminuição da capacidade dos profissionais fazerem procedimentos característicos e específicos das suas profissões, gerando situações com potencial de causar conflitos entre a equipe de saúde.

Segundo Matos e Pires (2006), a organização do trabalho e o gerenciamento no setor da saúde, de forma particular no setor hospitalar, ainda são influenciados fortemente pelo modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. A compartimentalização do trabalho, a falta de um planejamento conjunto e participativo dos diversos profissionais da equipe de saúde, colocando como centro da atenção os pacientes que recorrem ao serviço, são traços ainda presentes em muitas instituições.

Segundo Peduzzi (2001), pode-se definir dois tipos de equipes: equipe "integração" e equipe "agrupamento". Equipes do tipo

“agrupamento” são caracterizadas pela fragmentação. Faltam canais de comunicação efetivos, a divisão do trabalho não é flexível. Falta a percepção de que existe uma interdependência das ações de cada membro da equipe que é necessária para a qualidade e efetividade do trabalho. Não há o compartilhamento das responsabilidades, do sucesso ou da satisfação.

Em equipes do tipo “integração” as relações de trabalho tendem a ser mais horizontalizadas, buscando uma autonomia relativa de cada membro da equipe, tendo cada um funções bem definidas. Os objetivos, as decisões, as responsabilidades e os resultados são compartilhados, com avaliação permanente de todas as etapas do processo de assistência ao paciente. As habilidades de cada membro são complementadas em uma relação de interdependência, que quando leva a discussões, resulta na elaboração de novos projetos de ação focados na melhora de todo o processo assistencial.

Deve-se observar que, em saúde, não é possível atingir níveis ótimos de qualidade e excelência sem a cooperação e coordenação de todos os profissionais envolvidos na prestação dos serviços de saúde, reconhecendo cada um como peça fundamental de uma engrenagem complexa, com alta densidade tecnológica, e que deve funcionar em harmonia. A equipe deve compartilhar valores, ter respeito, canais de comunicação transparentes e confiáveis, saber superar objeções, ter espírito de corporação para se chegar a consensos e ser flexível para abrir oportunidades para um assunto ser reabordado. É importante ter em mente que os conflitos não podem ser vistos apenas como algo ruim ou deletério para as relações interpessoais e das instituições, mas como algo que faz parte do trabalho em equipes de saúde e que serve como oportunidade para a educação permanente e o aprimoramento de processos e condutas. Nas relações humanas, os indivíduos mais flexíveis são os que têm mais alternativas e possibilidade de conseguir o que querem. Muitas vezes é preciso

lembrar que quando se faz sempre as mesmas coisas, se obtêm os mesmos resultados de sempre. Ou seja, mais do mesmo.

Os problemas surgem quando as diferenças são vistas como um prejuízo ou oposição mal intencionada, perversa ou equivocada por parte do outro, ou quando uma das partes tenta impor que o “**seu** mapa é o território”. Porém o mapa não é o território que representa: todo mapa ou modelo é limitado em relação à realidade que representa. Cada indivíduo tem o seu próprio mapa do mundo (individual e único) determinado por sua genética, sua realidade sociocultural e sua história de vida. Nenhum “mapa” é mais real ou verdadeiro que outro. Não obstante existirem “mapas” mais detalhados e eficazes em função das alternativas de ação que oferecem.

Diversas são as causas para o surgimento de conflitos na realidade das equipes de saúde, entre as quais destacam-se: A desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde; a ausência de comunicação entre os integrantes da equipe; a alta rotatividade dos profissionais de saúde; a falta de supervisão e acompanhamento das coordenações; a dificuldade para a realização de reuniões participativas.

Desafios ao trabalho em equipe:

- Mudar a cultura da organização verticalizada do trabalho para a horizontalidade necessária no trabalho em equipe
- Compreender a necessidade de preservar a autonomia de cada um dentro da equipe e ao mesmo tempo estabelecer uma condição de interdependência contínua nas relações entre os membros
- Aceitar que, em cada projeto desenvolvido pela equipe, pode-se ter um líder diferente, flexibilidade dos diferentes poderes

- Conseguir lidar com as diferenças e usar os conflitos que possam surgir a favor do sucesso do projeto desenvolvido
- Saber compartilhar informações
- Saber ouvir o outro
- Aceitar suas limitações, não assumindo tudo sozinho, dividindo tarefas e responsabilidades
- Planejar o tempo de trabalho e não deixar que haja dispersão das atividades programadas
- Inculcar em todos o sentimento de comprometimento pelos resultados

5. A gestão de conflitos no setor saúde

Se as diferenças se percebem como uma circunstância natural, que possui uma parte de ameaça, mas também de oportunidade, pode-se buscar o entendimento e a negociação. Se, por outro lado, a situação é vista como irrelevante para uma das partes (mesmo não sendo para a outra parte), tende-se a ignorá-la.

Quando, consciente ou inconscientemente, busca-se um acordo, abre-se o “mapa” para a possível influência do outro (tentativa de compreender os outros pontos de vista e aproveitá-los) e se oferece seu próprio ponto de vista. Dito de outra maneira, busca-se desenvolver as semelhanças e construir pontos de vista compartilhados.

No caso de se adotar uma postura de defesa ou ataque, o “mapa” é fechado às ideias, argumentos e necessidades do outro, nos armamos (de argumentos, de ameaças, de exigências, etc.) e tenta-se descobrir os pontos fracos do “mapa” do outro.

5.1. Tipos de soluções de conflitos

- a) Ganha / Perde – Opção rígida e competitiva. Para que um lado ganhe, o outro deve perder. Luta pela vitória.
- b) Perde / Ganha - Opção branda. A solução é do mesmo tipo da anterior, porem um dos lados não luta e assume previamente a derrota.
- c) Ganha/ Perde – Perde/ Ganha (repartição) - Opção rígida com características de cooperação: cada parte tenta conseguir o máximo para si, cedendo o mínimo possível (regatear). Na teoria de jogos, estas soluções são as chamadas de soma zero (um ganha o que perde o outro).
- d) Ganha / Variável - Opção neutra para aquele que a propõe, porém rígida para outro. Uma das partes procura seu próprio benefício, com independência do que o outro consiga. Percepção de independência por uma das partes (e, por tanto, de não conflito).
- e) Ganha / Ganha - Opção cooperativa. Ambas partes se sentem beneficiadas, encontram formas de sentir-se suficientemente satisfeitas.

Estes dois tipos de soluções são de **soma distinta de zero** (ganhos e perdas não são equivalentes, e inclusive pode não haver perdas).

- f) Perde / Perde - Pode ser o resultado de duas opções rígidas **ganho – perde enfrentadas** em uma situação de balanceamento de poder, ou bem porque ambas partes evitam assumir o conflito, conformando-se com sua atual insatisfação.

5.2. Estilos de enfrentamento de Conflicto

Blake e Mouton estabelecem cinco estilos básicos para a solução de conflitos, derivados de sua capacidade gerencial ou de liderança:

- a) Competir/confrontar/forçar (ganha-perde): preocupação pelos desejos de si mesmo às custas dos do outro. Os comportamentos que se apresentam são opor-se, forçar, rebater, contra argumentar, insistir, ameaçar..
- b) Evitar/ignorar (perda-perda): ignorar ou não afrontar o problema. Seus comportamentos são desviar, demorar, calar, esconder-se, ausentar-se, suprimir as emoções, reduzir a importância.
- c) Comprometer/concordar (ganha/perde-perde/ganha): preocupação primordial por si mesmo porém considerando o que o outro quer, como meio de chegar a um ponto "médio" o mais favorável possível para si mesmo. Comportamentos: Regatear, negociar, moderar-se, dividir, fazer transações e concessões, exigir contrapartidas, contra argumentar às vezes, ceder outras, etc.
- d) Acomodar/ceder (perda-ganho): Renuncia aos próprios desejos para satisfazer os do outro. Seus comportamentos habituais são concordar, acalmar, assumir culpas e desculpar-se, conformar-se, baixar o tom.
- e) Colaborar/Cooperar/ Solução de problemas (ganha-ganha): Preocupação sincera pelos próprios interesses e pelos da outra parte. Buscar a maneira de que ambas partes fiquem satisfeitas. Não significa "repartir o pastel", mas sim "elaborar mais pastéis". Os comportamentos que despontam são mostrar respeito, explicar os interesses

próprios com clareza e firmeza e facilitar que o outro exponha os seus, perguntar, aceitar as diferenças, buscar pontos em comum e possíveis soluções novas.

6. Características de conflitos nos níveis de atenção

6.1. Atenção Primária à Saúde

Na Atenção Primária à Saúde, conflitos entre equipe de saúde e os pacientes podem ter consequências muito negativas e comprometer a continuidade da assistência prestada, fundamental neste nível de atenção. O profissional de saúde frequentemente se depara com solicitações exageradas ou injustificadas do ponto de vista técnico, como a solicitação de exames, prescrição de medicamentos ou o fornecimento de atestado médico para abono de dia não trabalhado. São situações que deixam o profissional de saúde em conflitos éticos, legais e de oneração do sistema de saúde.

Por outro lado, conhecer a realidade do paciente e buscar compreender a origem de certas demandas permitirão que o profissional de saúde consiga individualizar cada situação e ter condição de embasar a sua negativa de maneira transparente e com cordialidade. Cada vez mais se reconhece a satisfação do paciente do serviço de saúde como um dos mais importantes marcadores da qualidade da atenção em saúde. Nesse sentido ferramentas que avaliam o grau de satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde quanto a diversos aspectos do processo de atenção à saúde foram desenvolvidas e podem subsidiar o desenvolvimento de estratégias para a gestão de conflitos. Estas informações irão permitir que as equipes de saúde se antecipem ao surgimento de potenciais fontes desencadeadoras de conflitos, permitindo evita-las, ou traçar um plano de conduta para a boa governança da situação, não comprometendo as

atividades do serviço de saúde durante o processo de negociação e principalmente após a resolução do conflito, seja qual tenha sido a solução obtida.

A reclamação é a expressão pública da insatisfação do paciente. Nos serviços de saúde cujos processos são centrados nos pacientes e que buscam na qualidade do serviço um fator de diferenciação e sucesso, as reclamações são levadas muito a sério e vistas como uma fonte importante de análise e melhoria das práticas. Nos serviços de saúde centrados apenas nos processos e nas equipes de saúde, as reclamações são subvalorizadas e, se possível, evitadas para não tornar públicas as práticas consideradas inadequadas e/ou desajustadas pelos pacientes.

Existem ferramentas que podem ser utilizadas na Atenção Primária à Saúde para contribuir na tentativa de evitar conflitos e/ou fornecer subsídios para sua condução da forma mais eficiente possível, gerando o menor grau de ruído na relação médico-paciente. Muitas vezes questões facilmente contornadas podem evoluir com magnitude e transcendência deletérias para o serviço, instituição e, pior, resultar em desfechos negativos para a saúde dos utilizadores do sistema de saúde. Tudo isso compromete a qualidade da atenção prestada.

O trabalho coeso dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, todos conscientes de suas atribuições dentro do processo de assistência às necessidades de saúde, deve se dar de maneira fluida, respeitando-se as individualidades de cada membro da equipe ao mesmo tempo que haja o compromisso firme com o desempenho e as metas estabelecidas. O diálogo permanente deve ser diário detectando-se rapidamente qualquer tipo de desvio no processo assistencial ou ruídos no relacionamento interpessoal ou institucional.

Nas unidades de Medicina de Família e Comunidade, ferramentas como atividades desenvolvidas na sala de espera, caixa de sugestões/reclamações, reunião de setor da equipe responsável com a população adscrita, reuniões internas de equipe, grupos de educação em saúde, apoio matricial com as equipes do NASF e visitas domiciliares devem fazer parte da rotina das equipes de saúde da família e podem ser usadas tanto para prevenir o surgimento de conflitos como para a melhor condução dos problemas que surgem.

A ferramenta EUROPEP foi criada para avaliar o nível de satisfação dos pacientes dos serviços de medicina geral e familiar na Europa levando em consideração uma série de diferentes parâmetros que fazem parte do processo de atenção à saúde, e pode ser utilizado tanto para a avaliação da qualidade da assistência prestada como para ajudar na conduta frente a eventuais tensionamentos. Além da medição da satisfação, o EUROPEP pode fornecer informação útil para a administração e o bom governo em saúde e para os grupos de cidadãos organizados e interessados em uma melhor prestação de cuidados em saúde. O conjunto de indicadores-chave tem sido amplamente validado em diversos países da Europa. No Brasil a adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores do Departamento de Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública e publicado pela Abrasco. O objetivo do estudo foi adaptar e aplicar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) um instrumento de avaliação da satisfação do usuário em Atenção Primária à Saúde (APS), tendo por base o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), que refere-se à satisfação dos usuários de serviços de medicina geral e familiar (composto por cinco dimensões de satisfação: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços). (GIOVANELLA, L et al, 2013).

Quadro 1. Indicadores chave e variáveis para avaliação da satisfação, do instrumento Europep

Indicadores chave	Variáveis
Relação e Comunicação	<p>Duração do tempo da consulta</p> <p>Interesse do profissional nos seus problemas de saúde e a forma como ele o ouviu Sentiu-se à vontade para contar os seus problemas ao profissional</p> <p>Sua participação nas decisões do cuidado que o profissional prestou Segredo/sigilo da informação sobre o seu caso</p>
Cuidados Médicos	<p>Alívio rápido dos seus sintomas</p> <p>Sentiu melhora para desempenhar suas tarefas diárias</p> <p>Qualidade do exame físico que o profissional fez durante a consulta</p> <p>Indicação de serviços de prevenção de doenças como, por exemplo, exames e vacinas</p>
Infomação e Apoio	<p>Explicação sobre os exames e tratamentos prescritos</p> <p>Informações sobre o que gostaria de saber dos seus sintomas e da sua doença Profissional abordou questões emocionais relacionados a seus problemas de saúde Incentivo fornecido pelo profissional para compreensão da importância de seguir as orientações e tratamento de saúde</p>
Continuidade e Cooperação	<p>Conhecimento do profissional sobre ele e o seu caso</p> <p>Preparação sobre o que esperar de especialistas e dos cuidados hospitalares quando necessário</p>
Organização dos serviços	<p>Apoio dos profissionais do Centro de Saúde, além daquele que o atendeu</p> <p>Facilidade em marcar uma consulta em horário e data adequada no Centro de Saúde Tempo de espera para ser atendido</p> <p>Rapidez com que os problemas urgentes foram resolvidos</p>

Fonte: Ligia Giovanella; Ana L. R. B. S. Brandão; Carlos E. A. Campos – *Ciência e Saúde Coletiva* 2013

6.2 Nos serviços hospitalares e de urgência

Além das singularidades e da natureza do atendimento às urgências e da atenção hospitalar, no Brasil, a realidade da limitação de recursos nos impõe frequentes tensões, pelo cotidiano sub dimensionamento dos recursos necessários a um atendimento de qualidade, isto obriga aos profissionais estarem diante de frequentes ajustamentos para que possam oferecer a melhor resposta possível, ao paciente, na constante busca dos melhores resultados em qualidade da atenção. No entanto, isto acaba por se transformar em um fator de geração de conflitos.

Dentre os fatores desencadeantes de conflitos e de estresse destacam-se a inadequação do espaço físico, a existência de uma procura maior do que a capacidade do serviço, elevado tempo de espera para a atenção do paciente, o duplo vínculo empregatício de muitos profissionais, além das diversas formas precarizadas de contratação. Nenhum paciente, em situação de sofrimento, deveria esperar para receber cuidados de saúde. Os profissionais de saúde sabem, e observam na prática, o quanto pacientes submetidos a grandes esperas podem agravar os seus estados de saúde, o quanto cresce o risco de complicações, e os tempos de permanência quando necessitam de uma internação. Isto sem esquecer o sofrimento que as longas esperas ou incertezas impõem aos pacientes e seus familiares. A preocupação com a demora, e as dificuldades de acesso, aos cuidados de saúde deveriam fazer parte da atitude de todos os gestores e dirigentes dos serviços de saúde.

Assim como no outros níveis da atenção à saúde, o trabalho em instituições hospitalares envolve um coletivo no qual participam e colaboram diversos profissionais de saúde com formações e aptidões diferenciadas para prestar assistência aos indivíduos portadores de necessidades de saúde. Portanto, o conflito terá influência positiva ou negativa no processo de trabalho da equipe

de saúde e na assistência prestada por esta aos utilizadores do serviço.

Saulo e Wagner (2000) acrescentam ainda que as tensões e o estresse no cuidado de saúde vão continuar a existir e que o conflito continuará a ser uma condição inerente a esta área, pelo que é necessário saber administra-lo.

No Brasil, a área de urgência é considerada pelo Ministério da saúde componente essencial do sistema de saúde. A complexidade dos atendimentos neste nível de atenção vem aumentando em grande parte devido ao incremento da violência urbana e dos acidentes de transito. Associada a esta conjuntura encontra-se uma insuficiência na cobertura e na resolutividade das unidades locais de saúde responsáveis pela atenção básica, o que sobrecarrega os serviços de urgência, fazendo com que esta área seja uma das mais problemáticas do sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, a grande expansão observada na cobertura e a melhora da qualidade da atenção básica ainda não se reverteram em impacto positivo nos serviços de urgência, evidenciando a maior relevância de questões intrínsecas de organização e processo deste nível de atenção em relação à qualidade do serviço e o surgimento de conflitos laborais.

No entanto, não se pode negar que estes serviços acabam sim por acolher urgências reais, pacientes com quadro clínicos percebidos como urgência, pacientes sem acesso a outros cuidados de saúde e urgências sociais. Toda esta procura acaba por sobrecarregar os serviços dificultando o trabalho dos profissionais e comprometendo a assistência prestada à população.

Reforçando a grande importância dos serviços de urgência, a Política Nacional de Humanização, adotada pelo Ministério da Saúde, destaca o atendimento na urgência. Segundo o programa

Humanizadas as linhas orientadoras para a humanização dos serviços de urgência são (HUMANIZASUS, 2005):

- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as individualidades dos pacientes;
- Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a cultura de equipe “integração”;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Na urgência pretende-se que a demanda seja acolhida de acordo com critérios de avaliação de risco ou necessidade. A humanização como uma política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde. A humanização supõe a troca de saberes, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. A equipe não pode ser um conjunto de pessoas reunidas para resolver um problema mas sim ter uma integração que sustente construções coletivas (HUMANIZASUS, 2005). Dessa forma, o processo de assistência à saúde pode ser constantemente aprimorado enquanto se sustenta em fundações sólidas de respeito, comunicação, transparência, honestidade e comprometimento.

Cecílio (2005) acredita que é possível tentar instrumentalizar os gerentes e os trabalhadores de saúde com dispositivos que lhes permitam tornar o conflito um tema de gestão, capacitando-os

para compreender os conflitos e contribuindo para mudanças nas organizações, em particular na relação entre os trabalhadores e entre estes e os usuários. Para tal o autor propõe uma matriz de análise de conflitos que teria o objetivo de facilitar a sua análise pelos trabalhadores e gerentes. A matriz é constituída por quatro colunas ou etapas. Na primeira etapa enuncia-se o conflito em análise. Na segunda etapa analisam-se as tensões constitutivas do conflito sendo considerados os atores envolvidos, a percepção dos atores acerca do conflito, a posição dos atores perante o conflito e os recursos disponíveis para lidar com a situação conflituosa. Na terceira etapa explicita-se como o conflito tem sido tratado até ao momento. Por fim, na quarta etapa, partindo da compreensão do grupo acerca da situação são pensadas e negociadas novas possibilidades de se trabalharem os conflitos de forma mais negociada e acordada, dentro dos limites e possibilidades da organização (CECILIO, 2005).

De acordo com Forte (1997), o conflito entre profissionais de saúde tem influência nos usuários dos serviços de saúde. Consequentemente, desenvolver as aptidões necessárias para administrar e controlar o conflito, da maneira mais eficaz, deve ser uma prioridade entre enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais de saúde. Saulo e Wagner (2000), acreditam que treinamento de mediação de conflitos pode preparar os trabalhadores da área da saúde para lidar com o conflito nas unidades que se encontram atualmente em mudança constante.

7. A qualidade na gestão de conflitos

A qualidade da atenção não é um tema novo, e foi o documento publicado pelo Institute of Medicine (USA), intitulado "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro" (*To err is Human: building a safer health system*), (IOM,1999), que acrescentou a preocupação por uma das dimensões da

qualidade: a segurança do paciente. A segurança do paciente se define como a redução de toda possibilidade de prejuízo evitável sofrido pelo paciente. A causa dos eventos adversos raramente está ligada a falta de conhecimentos dos profissionais; muito frequentemente estes eventos indesejáveis são decorrentes de problemas de organização, de falta de verificação e de coordenação, comunicação, em resumo a uma falta de "cultura comum de segurança" ou de "cultura de proteção da vida" e de trabalho em equipe. Neste sentido, a gestão de conflitos é um componente fundamental para a segurança do paciente e por conseguinte para a qualidade da atenção. A busca pela qualidade, é um imperativo ético que objetiva contribuir na formulação de um conjunto de saberes fundamentais para a dinâmica do processo de trabalho em saúde, lógica diante da qual o trabalho em equipe se fundamenta, e onde a gestão dos conflitos ganha materialidade. Assim, Goldmann (2011) propõe um conjunto de elementos importantes que facilitem a concretude de um bom clima laboral, fundamentais para aumento da motivação das equipes de saúde, e para potencializar a capacidade de lidar com os problemas complexos nos serviços e no sistema de saúde:

- Sempre que possível, privilegiar projetos que possam ter grande divulgação de resultados, por exemplo, a diminuição de infecções hospitalares ou a diminuição de eventos adversos com medicação ou cirurgias.
- Defina objetivos claros e mensuráveis, bem como um prazo para alcançá-los. É difícil as pessoas se engajarem em algo que não seja mensurável ou cujos resultados não são visíveis no dia a dia.
- Monte uma equipe multidisciplinar (com profissionais de saúde interessados no projeto e especialistas em qualidade) moldada às necessidades do projeto. O papel de cada pessoa deve ser claro no projeto, e é importante lembrar que cada projeto exige um grupo diferente de pessoas, de modo que

ninguém fique sem uma função e que todos tenham igual importância.

- É importante lembrar que muitas atividades podem ser desempenhadas por pessoas não diretamente relacionadas à assistência, mas que têm um conhecimento que pode ser muito bem aproveitado. Os estabelecimentos de saúde podem ou não ter esse tipo de pessoa, mas provavelmente possuem profissionais como estatísticos, engenheiros, biólogos dos laboratórios, técnicos em radiologia ou até outras pessoas que podem agregar e ajudar nos projetos.
- Desenvolva um projeto com a metodologia mais rigorosa que puder, sem, entretanto, afetar o trabalho normal de forma indevida. As pessoas normalmente já trabalham muito atarefadas. Incorporar outras atividades às suas funções pode ser desgastante. Procure, na medida do possível, atrelar atividades do projeto, principalmente no que diz respeito à coleta de dados, às próprias atividades das pessoas. Assim, evita-se uma baixa adesão ao projeto, atrapalhando seu andamento.
- Faça o possível para não sacrificar a qualidade e a integridade dos dados. Coletar e armazenar dados de forma desorganizada é impeditivo quando se pensa em analisá-los, disseminar melhorias e até mesmo publicá-los. Ferramentas de coleta de dados devem ser fáceis de preencher, e deve ocorrer uma organização do ponto de vista de armazenamento. Checklists, por exemplo, são ótimos instrumentos, bem como ferramentas informatizadas, lembrando que se deve evitar aumentar o trabalho que as pessoas já têm em suas rotinas.
- Há algumas formas de trazer recursos para projetos de qualidade. Existem instituições que até têm verba extra

destinada apenas para isso, mas esta não é uma realidade geral. Há possibilidade também de a indústria voltada para equipamentos hospitalares patrocinar um determinado produto por meio de um projeto de pesquisa em seu hospital, mas isso também não é algo tão fácil. Muitas vezes, o que pode ser conseguido facilmente são alunos de graduação ou pós-graduação desenvolvendo seus projetos de pesquisa, que poderão ter interesse em utilizar seu estabelecimento de saúde como base para coleta de dados e/ou intervenções. Ainda assim, mesmo sem isso, muitas vezes já basta a disposição institucional para desenvolver projetos de qualidade.

- Dê atenção à ética envolvida em qualquer trabalho de melhoria, mas permita desenvolver projetos sem necessariamente uma aprovação de comitê de ética. Obviamente, ao desenvolver um estudo randomizado ou um projeto de pesquisa que se destina a uma possível publicação, o rigor do ponto de vista de comitê de ética deve ser sempre aplicado em sua totalidade. Entretanto, projetos de qualidade não precisam deste rigor, até porque eles fazem parte da melhoria contínua que qualquer serviço de saúde deve ter, ou seja, seu caráter não é iminentemente acadêmico ou experimental, sobretudo porque boa parte das intervenções feitas são generalizadas à população-alvo, não havendo separação entre “expostos” e “não expostos”. A ética deve estar sempre presente, mas não ser um entrave ao desenvolvimento da qualidade assistencial. Vale lembrar que, mesmo para publicações ou divulgações de dados nesta área, os critérios e o rigor das revistas têm um tratamento diferente.
- Sempre que possível, publique. Não ache que só publicações em revistas indexadas contam. E também não ache que grandes revistas não aceitarão projetos de qualidade para

publicação por conta da forma como são desenvolvidos. O importante é que os dados, mesmo de experiências negativas, devem ser, de alguma forma, divulgados para a comunidade científica ou mesmo não científica, pois é deste aprendizado contínuo que podem surgir soluções particularizadas para diferentes realidades.

7.1. Quadro simplificado de administração de conflitos

Quadro 2. Administração de conflitos

Principais causas:	Vantagens:	Desvantagens:
<p>Falhas na comunicação</p> <p>Intrigas, ansiedades, frustrações</p> <p>Luta pelo poder</p> <p>Choques de interesse</p>	<p>Leva a motivação</p>	<p>Provoca tensão</p> <p>Torna o ambiente improdutivo</p>
<p>Para o líder mediar conflitos é preciso:</p>	<p>Para evitar conflitos é preciso:</p>	<p>Para solucionar conflitos é preciso:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação eficaz - Imparcialidade - Saber usar o feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem que favoreça o estabelecimento de relações pessoais construtivas - Conversa com clareza, objetividade, sinceridade e honestidade - Saber superar as objeções às suas sugestões e propostas - Acordo: saber chegar a um consenso com os colegas - Reabordagem: rever posições ou decisões tomadas, retomar a discussão para uma melhor solução 	<ul style="list-style-type: none"> - Saída estratégica: um lado se retira, adiando a solução - Compromisso: criação de uma solução onde cada envolvido cede um pouco - Força: o líder toma a decisão - Apaziguamento: acalmando as partes, evitando mais argumentações diferentes - Negociar até chegar a uma solução intermediária

Habilidades necessárias aos profissionais de saúde na administração de conflitos:

- Saber ouvir
- identificar o problema-alvo e sua causa
- negociar até encontrar a melhor solução
- falar clara e objetivamente
- postura ética e respeitosa
- colocar-se no lugar do outro
- fazer críticas construtivas, sem procurar culpados, mas sim soluções
- evitar preconceitos e crenças pessoais
- reconhecer seus erros
- não ignorar os problemas
- superar-se a todo momento

Fonte : Nogueira, F ; Dias B R – Trabalho em Equipe – Cap.33. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2012.

8. Considerações

A assistência à saúde é uma atividade de extrema complexidade que requer profissionais com um alto nível técnico, de formações distintas, e que precisam exercer suas funções em equipes altamente coesas.

Os conflitos laborais fazem parte do trabalho em equipe. Cabe aos profissionais buscarem estratégias e ferramentas para reduzir a sua incidência e saber como conduzi-los de forma que interfiram o mínimo possível na assistência aos pacientes durante o seu curso e após terminado.

É essencial que o gestor possua habilidades interpessoais que o permita ser reconhecido por sua equipe como um líder, através de uma boa comunicação, respeito, empatia, transparência, honestidade e competência.

No Brasil, o SUS ainda carece de um arcabouço organizacional que integre verdadeiramente os serviços em rede. Esta característica acaba por ser fonte desencadeadora de diversos conflitos laborais e sociais no setor da saúde.

A inadequação dos espaços físicos, o financiamento insuficiente, superlotação dos serviços e gestão pouco profissional fazem parte do cenário onde os profissionais de saúde atuam.

A adequada gestão do trabalho em equipe e dos conflitos que surgem no dia a dia das instituições de saúde são um imperativo para a qualidade, a excelência e a inovação nos processos de assistência à saúde.

O paciente e os desfechos de seu interesse são o centro das atividades do setor de saúde.

9. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004
2. BRASIL, **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas esferas do SUS.** Ministério da Saúde (2005). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf. Acesso em 12/05/06
3. BRASIL, **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas esferas do SUS.** Ministério da Saúde (2005). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf. Acesso em 12/05/06
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAB. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2005
5. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho de equipes em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 229-266.
6. CAMPOS CEA; PISCO L –A melhoria continua da qualidade em atenção primária à saúde. In Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ; Filho EDC; Anderson MIP – PROMEF – ARTMED – 2006
7. CAMPOS CEA; PISCO L – Definindo e avaliando a qualidade em atenção primária à saúde. In Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade ; Filho EDC; Anderson MIP – PROMEF – ARTMED – 2006

8. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. *É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar./abr. 2005.
9. CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOREIRA, Maria Elisa. *Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde.* **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 587-608, jul./ago. 2002.
10. DEMING WE. *Out of the Crisis*, CAMBRIDGE : Institute Of R. Technology, Centre for advanced engineering; 1986.
11. DONABEDIAN A. *The definition of quality and approaches to its management. Explorations in quality assesment and monitoring.* Michigan: Health Administration Press; 1982. V. 1.
12. DONABEDIAN A. *La calidad de la atencion medica.* Mexico: La Prensa Mexicana; 1984
13. EUROPEP . *A voz dos utilizadores dos centros de saúde.* Disponível em : <http://europep.fe.uc.pt/reports/free/0000.pdf>
14. FORTE, Paula. *The High cost of conflict.* **Nursing Economics**, Pitman, v. 15, n.3, p.119-163, may./jun. 1997.
15. GIOVANELLA, L; SILVA ALRB ; CAMPOS CEA. *Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros - Ciência e Saúde Coletiva* 18 (1) 103 – 114. 2013
16. GOLDMANN D. *Ten tips for incorporating scientific quality improvement into evereday work.* *BMJ Qual Saf* . 2011
17. GONÇALVES H, DOMINGUES I. *Qualidade em Saúde.* Departamento de Ciências da Comunicação do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Do Minho. 2006
18. IOM, Institute of Medicine (USA). - consensus report « *To err is Human – Building a safer health system* », novembre 1999

19. IOM. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press; 2001
20. MATOS, Eliane; PIRES, Denise. *Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem*. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 508-514, jul./set. 2006.
21. NOGUEIRA, F ; Dias B R – *Trabalho em Equipe – Cap.33*. in Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes (org) *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. ARTMED- 2012.
22. PEDUZZI M. *Equipe multiprofissional de Saúde : conceito e tipologia*. Rev . Saúde Pública . 2001, 35 (1): 103 – 9
23. Perez JAS. *Gestion de Conflictos*. In *Gestion Clinica – Fundacion Gaspar Casal, Madrid*; 2011
24. PISCO L. *Melhoria Continua da Qualidade*. Curso monográfico. Lisboa ; 2005
25. PUSTAI OJ, FALK JW – *O Sistema de Saúde no Brasil – Capítulo 2 – In DUNCAN B B, SCHMIDT MI, Giugliani E RJ, DUNCAN MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências – 4 Ed. 2013*
26. SAULO, Mileva; WAGNER, Robert. *Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel*. **The American Journal of Managed Care**, Princeton, v. 6, n. 4, p.473-483. Apr, 2000.