

## O CONFLITO E SUA GESTÃO NA ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

Ileana Pardal Monteiro

Neste artigo pretendemos analisar o conflito nas organizações que Mintzberg (1982) denominou de burocracias profissionais e cujas características – de grande diferenciação horizontal e vertical e de autonomia dos profissionais – nos sugerem a existência de um nível de conflito elevado. O trabalho de Orton e Weick (1990) sobre os sistemas imperfeitamente conectados revela-se, em nosso entender, muito útil para compreender estas organizações, ao identificar as possíveis fontes de conflito e formas de os gerir. Um estudo empírico realizado num pequeno hospital distrital do Sul do País permitiu-nos mostrar que o conflito, embora exista implicitamente, não é significativo, talvez devido ao papel da administração na sua gestão.

### 1. O CONFLITO NAS ORGANIZAÇÕES

A temática do conflito, à semelhança de outras dimensões organizacionais, tem vindo a evoluir desde o início do século. Assim, se os clássicos o consideravam como algo negativo, a ser evitado, a Escola das Relações Humanas, considerou-o natural e inevitável e pôs a tónica nas estratégias de gestão de conflito.

Hoje em dia, o conflito nas organizações pode ser analisado numa perspectiva interaccionista, sendo considerado como um factor, não só positivo da dinâmica de grupos, mas indispensável ao bom desempenho e à prossecução dos objectivos grupais e organizacionais. É neste nível de análise interpessoal que se podem situar os trabalhos de Thomas (1992). Este autor define o conflito como “o processo que começa quando uma das partes percebe que a outra parte a afectou negativamente ou está prestes a fazê-lo”. Considera que esta definição tem a vantagem de ser simples, de mostrar que existe alguma interacção para além da relação de incompatibilidade e de ser suficientemente ampla para cobrir uma vasta gama de comportamentos (da simples discussão à violência). Situa o conflito no seio de um sistema mais geral, como uma organização, e considera-o como uma sequência de eventos. A figura 1 exemplifica um episódio de um conflito, e mostra como os factores situacionais, ou seja, a presença de elementos favoráveis à eclosão de um conflito influenciam a percepção e os comportamentos dos indivíduos.

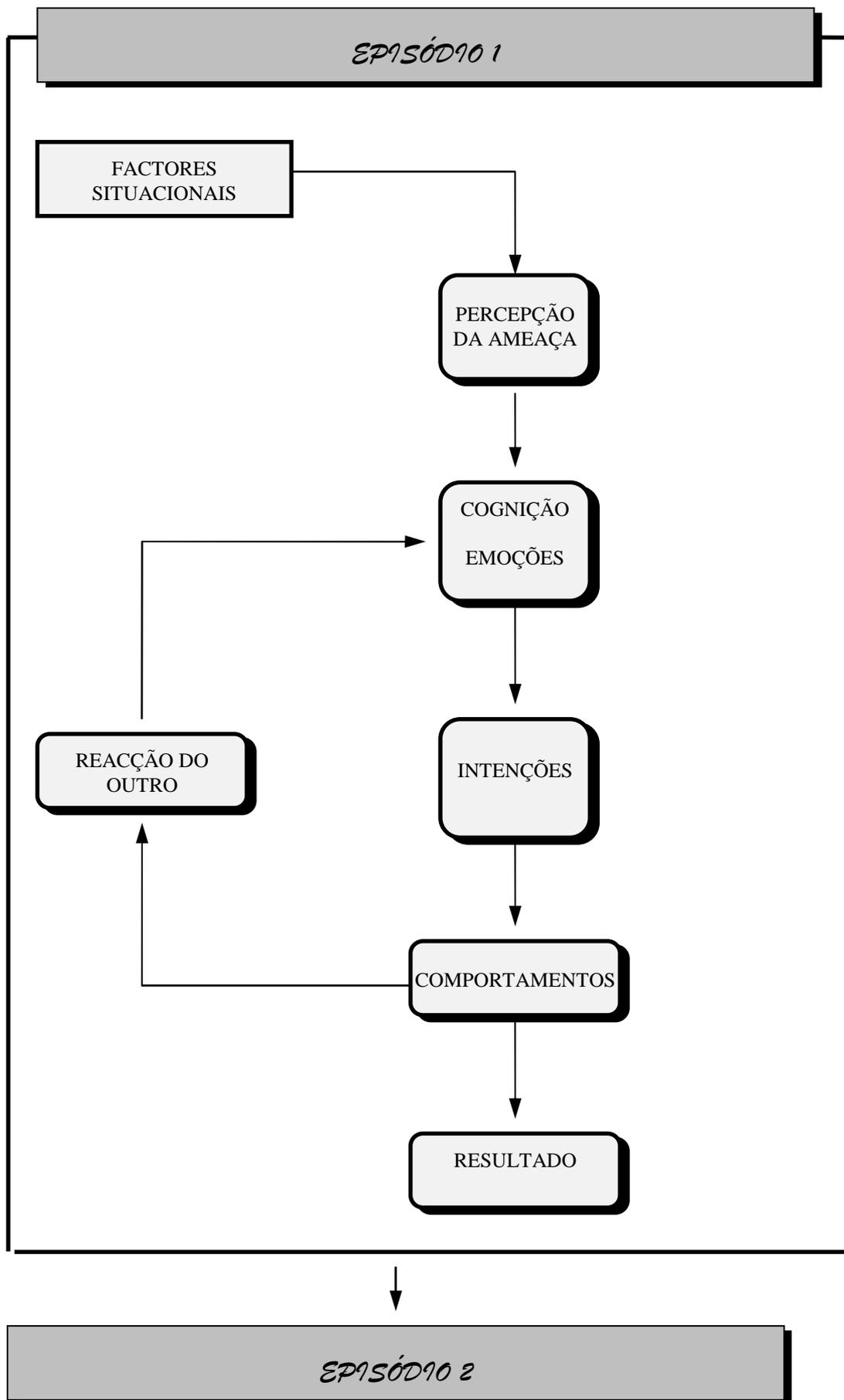


Figura 1: As etapas de um episódio de um conflito (adaptado de Thomas, 1992: 658)

Thomas (1992) procurou aliar aos aspectos cognitivos, uma dimensão social e normativa (ou seja, moral e ética), assim como uma dimensão emocional. O resultado é conceptualizado relativamente ao grau de satisfação que cada uma das partes obtém. Assim, o indivíduo percebe um dos quatro resultados possíveis (acordos *salientes*):

- solução *ganha-perde* ou *perde-ganha* que resulta na satisfação total de uma das partes e na conseqüente frustração da outra parte;
- solução *ganha-ganha*, solução integrativa, que resulta na satisfação de ambas as partes;
- solução *perde-perde* - conflito insolúvel que resulta na frustração de ambas as partes.

Do modo como os indivíduos percebem e sentem o problema (durante a etapa da cognição e emoções), antevendo possíveis soluções, resultam as intenções de cada uma das partes. Thomás procurou no seu modelo integrar as forças motivacionais resultantes do pensamento racional instrumental, do raciocínio normativo e as emoções. O autor para elaborar o seu modelo taxonómico de intenções estratégicas realizou uma extensa revisão de literatura. As cinco intenções estratégicas resultariam da conjugação de duas dimensões independentes: a assertividade (tendência para satisfazer os seus próprios interesses) e a cooperação (tendência para satisfazer os interesses da outra parte). São elas:

- *competição* que resulta do desejo de satisfazer os seus próprios interesses independentemente do impacte na outra parte;
- *colaboração* em que se procura satisfazer todas as partes envolvidas;
- *evitação* ambas as partes procuram fugir ao conflito
- *acomodação* que resulta do desejo de uma das partes dar prioridade aos interesses da outra parte;
- *compromisso*, em que ambas as partes estão dispostas a ceder algo para resolução do conflito.

Na sequência das intenções estratégicas emerge o comportamento, o conflito torna-se visível. Ao comportamento de uma das partes segue-se a reacção da outra parte; interacção mais ou menos prolongada consoante as situações concretas e a intensidade do conflito (que pode variar do simples desentendimento, passando pelos ataques verbais assertivos, até à agressão física e destruição).

Um outro conjunto de investigações analisa o conflito como um processo de interacção social, passando para um nível de análise intergrupais. É neste sentido que as investigações de Sherif e seus colaboradores (citadas por Maria Benedita Monteiro<sup>1</sup>) salientam que os conflitos entre grupos surgem da existência (real ou simbólica) de objectivos incompatíveis. Para reduzir a hostilidade entre os grupos, considera o autor necessário aumentar a interdependência, pela criação de objectivos superordenados.

Também a teoria da identidade social de Tajfel, (1982) analisa as relações intergrupais. Para compreendermos esta teoria impõe-se a definição de alguns conceitos base: categorização social, identidade social e comparação social.

Tajfel entende por *categorização social* “o processo através do qual se reúnem os objectos ou acontecimentos sociais em grupos, que são equivalentes no que diz respeito às acções, intenções e sistemas de crenças dos indivíduos” (1982: 289,290) e “que serve para ordenar o ambiente social, como um sistema de orientação que cria e define o lugar particular de um indivíduo na sociedade” (1982: 293). O conceito de *identidade social* refere-se “àquela *parcela* do autoconceito de um indivíduo que deriva do seu conhecimento da sua pertença a um grupo (ou grupos) social, juntamente com o significado emocional e o valor associado àquela pertença” (1982: 290). Através de um processo de *comparação social* as pessoas avaliam as características do grupo (ou grupos) a que pertence. O conceito de comparação social estabelece assim a ligação entre a identidade social e a categorização

---

<sup>1</sup> Sherif, M, Harvey O.J., White, B.J., Hood, W.R. e Sherif, C.W. (1961). Intergroup conflict and Cooperation: The Robbers Cave Experiment. Já célebre experiência citada por Maria Benedita Monteiro (1993) Conflito e cooperação nas relações intergrupais. Vala, J. e Monteiro, M.B. (coord.). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

social. As pessoas procuram, comparando o seu grupo ao outros grupos, construir uma identidade social positiva. A comparação social conduz ao favoritismo do próprio grupo e à discriminação do outro grupo.

Quando a identidade social se encontra ameaçada estamos numa situação de conflito. Segundo Tajfel (1982), as respostas à situação de conflito podem envolver estratégias individuais (o indivíduo procura mudar de grupo, psicologicamente, objectivamente ou ambos, construindo uma nova identidade social - trata-se de uma estratégia de *mobilidade individual*). A *competição social* constitui uma estratégia colectiva através da qual os membros de um grupo (dominado) procuram a paridade com o outro grupo (dominante) relativamente a atributos que considera salientes, mantendo a sua distintividade noutros aspectos. O conflito emerge então entre dois grupos de estatuto diferente. Uma terceira estratégia possível é a da *mudança social* ou *criatividade social*, através da qual os membros do grupo procuram uma distintividade positiva pela modificação ou criação de novos elementos de comparação.

Resumindo, ao falar de conflitos nas organizações podemos perspectivá-los a um nível interpessoal, resultante das interações entre os indivíduos, ou ao nível intergrupais, resultante do processo de comparação social.

Os teóricos das organizações consideram o conflito como um factor de saúde organizacional, realçando que, não só o conflito é positivo no grupo, mas ele é indispensável ao seu efectivo desempenho, desde que não se excedam determinados limites. Dentro destes limites o conflito pode contribuir para a melhoria da qualidade da decisão e ser um verdadeiro incentivo à criatividade e inovação. Esta perspectiva remete-nos para a importância da gestão dos conflitos organizacionais.

Lawrence e Lorsch (1973), no seu clássico estudo contingencial, mostraram a importância dos mecanismos de integração na coordenação das actividades interdepartamentais. As formas de integração estruturais são múltiplas: a hierarquia, “integradores” individuais, equipas e grupos de trabalho e departamentos. Quanto ao comportamento adoptado pelo gestor, os autores, retomando a conceptualização de Thomas acima descrita, constataram que nas empresas bem sucedidas o gestor enfrentava abertamente o conflito, manifestando intenções estratégicas de colaboração ou compromisso.

Os estudos desenvolvidos por Vala, Lima e Monteiro(1994)<sup>2</sup> procuram soluções no âmbito da teoria da identidade social, salientando as estratégias de diferenciação adoptadas pelos grupo cuja identidade social é ameaçada. O conflito deverá pois ser gerido por forma a garantir a preservação de uma identidade social positiva a ambos os grupos. O plano de acção proposto incluía medidas estruturais e funcionais, tais como a criação de um objectivo supraordenado através da clarificação de objectivos que permitissem a responsabilização de todos proporcionando termos de comparação claros e relevantes, bem como a institucionalização dos contactos intergrupais.

Se a ideia de que os conflitos são fonte de criatividade e inovação é aceite pela comunidade científica, constata-se que os gestores das nossas organizações que ainda toleram mal o conflito e raramente o encorajam. Neste sentido, parece-nos interessante salientar as conclusões de Rahim (1992: 12-13) que estudou a influência do tipo de organização sobre as percepções que os gestores têm do conflito: em empresas com fins lucrativos o conflito é associado a baixa qualidade, enquanto em organizações sem fins lucrativos os gestores associam-no à alta qualidade. Se estes resultados se podem generalizar ao nosso país será de esperar que nas instituições profissionais estatais (como em hospitais ou universidades públicas) o conflito seja melhor aceite e que os seus gestores o procurem gerir adequadamente.

Realizámos um estudo empírico num pequeno hospital distrital do Sul do país, procurando evidenciar as percepções dos vários grupos profissionais. Contudo parece-nos importante, antes de caracterizar o conflito nesta organização referir sucintamente as principais características das organizações profissionais.

---

<sup>2</sup> Vala, Lima e Monteiro. Conflitos intergrupais em contexto organizacional, problemas de investigação e intervenção, in Vala, J., Monteiro, M.B., Lima, L. e Caetano (1994): 63-78 e Monteiro, M.B., Lima, L. e Vala, J. Relações entre Grupos e Gestão de Conflitos, a retórica da discriminação, in Vala, J., Monteiro, M.B., Lima, L. e Caetano (1994): 79-98

## 2. CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS

Os teóricos têm salientado as particularidades das organizações em que trabalham profissionais com elevado nível de qualificação. Mesmo autores clássicos, como Weber (1949) referiu as variantes ao modelo burocrático puro, considerando que, instituições como hospitais, igrejas ou exércitos, são geridas por funcionários com características diferentes. Outros (Etzioni, 1974; Stelling e Bucher, 1972) salientam a impossibilidade de uma gestão mecanicista<sup>3</sup>. O elevado nível de qualificação dos profissionais dificulta ou impossibilita a supervisão hierárquica. Esta ideia de que o elevado nível de qualificação das pessoas vem impossibilitar a supervisão hierárquica tem sido retomada por vários autores: Miner, (1988) descreve o sistema profissional, baseado no conhecimento, de uma forma que se aproxima da configuração de burocracia profissional de Mintzberg (1982) cujo modelo adiante aprofundaremos. Também, Blacker, Reed e Whitaker (1993) constataram que, à medida que as qualificações vão aumentando, o saber e o trabalho baseado no conhecimento desempenham um papel cada vez mais importante nas teorias do desenvolvimento das sociedades industriais. O conhecimento começa a ser considerado um recurso estratégico, prevendo-se que a perícia venha a transformar-se rapidamente numa vantagem competitiva. Em termos organizacionais, esta perspectiva obrigaria a mudar de ênfase na gestão dos peritos para a gestão das qualificações ou da perícia.

As organizações de profissionais caracterizam-se pela existência de duas hierarquias paralelas e pelo poder dos profissionais o que dificulta ou mesmo impossibilita a gestão baseada no controlo e na hierarquia. Consideramos importante realizar uma descrição mais aprofundada da estrutura destas organizações para que possamos compreender a dinâmica das interações entre os vários subsistemas. Escolhemos, para tanto, o modelo de Mintzberg (1982) que, além de ser hoje claramente consensual entre a comunidade científica, nos permitirá salientar as principais dificuldades e fontes de conflito organizacional.

Para Henri Mintzberg (1982) a burocracia profissional é uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, parte mais importante da organização. Os serviços de apoio existem apenas para servir o centro operacional; a tecnoestrutura e a hierarquia são embrionárias. Sendo descritas, entre outras, como burocracias profissionais escolas e hospitais, ser-nos-á permitido exemplificar esta afirmação referindo-nos à instituição hospitalar: o Enfermeiro-Director e a Enfermeira Supervisora podem ser considerados como tecnoestrutura pois procuram a standardização de alguns procedimentos.

O autor refere ainda que, no centro operacional, o principal mecanismo de coordenação das actividades é a standardização das qualificações, cujos parâmetros de concepção correspondentes são a formação e a socialização. A organização recruta profissionais devidamente formados e socializados e confere-lhes autonomia para controlo do seu trabalho. Por exemplo, o médico trabalha de modo quase independente dos seus colegas, e está próximo do cliente ou utente. Faz o diagnóstico e aplica assim a cada caso o programa standard adequado.

A burocracia profissional difere substancialmente da burocracia mecânica, na medida em que os profissionais obedecem a valores, normas éticas e códigos profissionais e não a uma hierarquia. Esta cultura profissional é transmitida durante a longa formação e prática supervisionada pelos professores, colegas e pelas associações profissionais. Grande parte do poder situa-se na base da hierarquia, cada profissional trabalha com os seus clientes e submete-se apenas ao controlo dos seus colegas que o formaram e socializaram; são eles que têm o direito de o censurar em caso de erro profissional.

O poder dos profissionais tem duas razões: a primeira, reside no facto do seu trabalho ser demasiado complexo para ser controlado por um superior hierárquico (não profissional) ou standardizado por analistas e a segunda razão, na grande solicitação de que são objecto os seus serviços, permitindo-lhes uma grande autonomia. A progressão na carreira obedece a critérios profissionais, associados à capacidade de resolver problemas de crescente complexidade; o poder assenta pois na competência

---

<sup>3</sup> A organização mecanicista segue os princípios da autoridade legal e racional de Weber (1949). São eles, uma direcção centralizada, separação entre a direcção e a execução, coordenação realizada através de norma, regulamentos ou procedimentos standardizados e controlados pela hierarquia.

profissional. Assim o profissional tende a identificar-se mais com a sua profissão que com a organização onde exerce.

O profissional garante o seu poder na organização, não apenas pelo controlo sobre o seu próprio trabalho, mas procura controlar as decisões de carácter administrativo que lhes dizem respeito. Para tanto, assegura ele próprio parte do trabalho administrativo, através da participação em comissões ou grupos de trabalho, cujo número tende a ser relativamente importante. Estaremos, pois, no centro operacional, em presença de uma estrutura muito participativa ou democrática.

Paralelamente, o autor descreve a área administrativa como uma burocracia mecânica. O estatuto e a posição na carreira estão associados à função desempenhada. Existem regras e procedimentos definidos cujo cumprimento é controlado pela hierarquia.

Estas duas hierarquias são independentes e tendem a manter-se separadas até ao nível do vértice estratégico.)

Relativamente aos factores de contingência habitualmente referido Mintzberg (1982) apenas refere um meio envolvente complexo mas estável e um sistema técnico pouco sofisticado e não regulador.

Esta estrutura, controlada pelos profissionais, suscita algumas dificuldades referentes, nomeadamente, à coordenação das actividades, ao controlo da autonomia dos profissionais e à inovação. Deixemos de parte os problemas relacionados com a inovação e concentremo-nos nos problemas susceptíveis de provocar conflitos.

A existência de duas hierarquias distintas, acima referidas, com objectivos e valores tão diferentes, é fonte de incompreensões e conflito. (As incompreensões acentuam-se ainda no nosso país dado o peso burocrático dos processos de gestão da Administração Pública).

A crescente especialização das disciplinas científicas obrigam a abordagens parcelares, e dificulta a integração e a coordenação das actividades entre os profissionais. Existem assim importante fontes de diferenciação entre as várias especialidades. Retomando o exemplo da instituição hospitalar, a grande especialização da medicina não permite que se trate o corpo humano globalmente, como um todo integrado. Pelo contrário, tende a ser visto como uma justaposição de órgãos independentes. A falta de coordenação entre serviços e profissionais poderá ser gravosa para um paciente cuja patologia não se enquadre perfeitamente num dos programas-padrão e exija a intervenção de diferentes especialistas e serviços.

Um outro problema pode advir da grande autonomia de que gozam os profissionais, em caso de incompetência ou negligência. Estas organizações são geralmente impotentes para lidar com este problema. Enquanto a universidade, tem meios para controlar a subida na carreira, recebendo assistentes fora do quadro e só os contratando depois de provas dadas, no hospital os mecanismos de contratação e promoção são externos, assegurados pelo Ministério e a Ordem dos Médicos. O hospital não tem intervenção na gestão das carreiras dos profissionais estando-lhe vedada a gestão das recompensas. Assim, verifica-se que não há pressão para o empenhamento na organização; o profissional tende a identificar-se com a sua profissão e não com a instituição onde exerce. Se esta autonomia e independência os leva a ignorar as necessidades da organização ela também os pode levar a descuidar os interesses dos "clientes".

Estas questões tendem a ser interpretadas pelos não profissionais, nomeadamente pelo utentes/clientes, administradores, tutela governamental e sociedade em geral) como decorrentes da ausência de controlo sobre os profissionais e a profissão. Por isso procuram aumentar o controlo através da supervisão hierárquica ou da estandardização do trabalho ou do produto, aumentando o descontentamento dos profissionais e levando-os a sindicalizarem-se e procurarem impor as suas exigências através dos sindicatos.

Seguindo ainda a caracterização de Mintzberg (1989:247) a burocracia profissional, dispendo de um sistema de autoridade fraco, ao lado de um poderoso sistema de competências, tende a ser uma estrutura de poder difusa e distribuída por um elevado número de indivíduos. Podemos assim concluir que se trata de um terreno propício aos jogos de poder e influência, sendo de prever que os diferentes grupos

se envolvam em estratégias de diferenciação intergrupala, no sentido que Tajfel (1982) lhe atribui.

Tajfel salientou a importância das variáveis sócio-cognitivas - como a identidade social ou a percepção do conflito - para os comportamentos adoptados pelos grupos. Retomando esta perspectiva, Monteiro, Lima e Vala (1994: 90) estudaram a problemática da diferenciação entre médicos (grupo dominante) e enfermeiros (grupo dominado) de um hospital da capital e referem que o conflito não é manifesto mas sim implícito, manifestando-se essencialmente nas exigências mútuas de uma mais clara repartição de responsabilidades e competências no âmbito dos serviços.

A elevada diferenciação que se manifesta na burocracia profissional levou-nos a interessar-nos pelos trabalhos de Orton e Weick (1990) sobre os sistemas imperfeitamente conectados, que definem como sistemas em que os elementos respondem em conjunto, embora preservando a sua diferenciação e identidade. A conexão imperfeita numa organização sugere a existência de elementos interdependentes relacionados entre si, mas capazes de um certo nível de independência. “Daí resulta um sistema simultaneamente aberto e fechado, indeterminado e racional, espontâneo e deliberado” (p. 204-205).

A burocracia profissional aparece-nos, neste sentido e a vários níveis, como um sistema imperfeitamente conectado. Existe uma marcada diferenciação vertical e horizontal entre os serviços e departamentos: entre serviços operacionais e administrativos; entre serviços operacionais e de apoio; entre os próprios serviços operacionais e entre os próprios profissionais. A diferenciação faz-se sentir na dificuldade de standardização do trabalho dos profissionais dada a sua complexidade e urgência, exigindo assim uma gestão casuística da actividade. O meio interno é fragmentado, como o atesta a grande autonomia de que gozam os profissionais, sendo de salientar o paradoxo entre esta tendência para a autonomia e a necessidade de coordenação das actividades internas sentida por toda a organização. O meio envolvente externo, também fragmentado, caracteriza-se por estímulos dispersos, os diferentes tipos de clientes, e pela existência de expectativas incompatíveis ou contraditórias, tais como as pressões institucionais para a redução dos custos e as pressões dos utentes e dos profissionais para o aumento da qualidade de trabalho.

Para compensar a conexão imperfeita, Orton e Weick (1990) identificaram três tipos de estratégias - a liderança, a focalização e a partilha de valores.

A liderança deve ser subtil e individualizada, assegurando-se que a visão central esteja sempre presente, facilitando assim a integração do sistema.

Numa estratégia de focalização, o líder procura mudar o comportamento dos seus subordinados, mas apenas naquilo que considera essencial, deixando-lhes uma considerável margem de liberdade para adaptação às situações. A título de exemplo procurar-se-ia uma mudança dos comportamentos relacionados com o utente, através da implementação de um sistema de informação permanente sobre o “sistema cliente” e o meio envolvente externo (Nunes, 1994: 23).

Quanto à partilha dos valores, e tendo em conta as características da organização hospitalar, podemos considerar que a perda de controlo a que se assiste actualmente é compensada por uma orientação clânica (Ouchi, 1986). Contudo, a perspectiva de focalização acima mencionada, ao exigir um aumento da coordenação que, neste contexto, obriga a uma mudança dos valores, remetendo-nos assim para uma liderança transformacional, como é definido por Burns e mais tarde retomado por Bass (1985).

Os sistemas imperfeitamente conectados, em termos de resultados organizacionais, tendem a apresentar, segundo Orton e Weick (1990), uma maior estabilidade, amortecendo o impacto dos problemas e impedindo-os de afectar toda a organização. Parecem evidenciar simultaneamente uma maior adaptabilidade, fomentando a experimentação e inovação (parecendo por isso adequado à resolução de problemas complexos), o juízo colectivo (através da pertença a grupos ou associações colectivas), bem como a preservação do desacordo (garantindo a capacidade de influência das minorias). Estas organizações proporcionaríam assim maior satisfação aos seus membros e seriam mais eficazes.

Resumindo, poderíamos dizer que as organizações de profissionais são muito diferenciadas horizontal e verticalmente, situando-se o poder no centro operacional. Existe pouca pressão para o envolvimento dos diversos grupos profissionais que se identificam com a sua profissão. Apresentam várias características dos sistemas imperfeitamente conectados, como a fragmentação do meio interno e

externo, o que nos leva a prever a existência de conflitos internos, tornando, conseqüentemente, essencial uma gestão que compense as dificuldades de partilha da informação e de coordenação das acções entre os diferentes actores organizacionais.

### 3. O ESTUDO EMPÍRICO

Procurando analisar a emergência de conflitos no seio de uma burocracia profissional, escolhemos como campo de estudo um pequeno hospital distrital, do Sul do País, que evoluiu de hospital da Misericórdia, com funções de prestação de cuidados de rectaguarda, para hospital distrital que denominamos aqui HDE (Hospital Distrital em Estudo). Tem por missão a prestação de cuidados diferenciados à população da zona, assumindo simultaneamente a prestação de cuidados primários, de consultas de especialidade e, devido à falta de camas na região, é obrigado a assumir igualmente a prestação de cuidados de rectaguarda.

Este estudo incidiu apenas sobre os dirigentes do vértice estratégico e as chefias profissionais no centro operacional. Realizaram-se assim entrevistas semi-directivas junto dos quatro elementos que integram o conselho de administração, de oito dos nove directores de serviço, da enfermeira supervisora e dos cinco enfermeiros chefes então existentes nesta instituição. Estas dezoito entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo temática (Bardin, 1977; Vala, 1986) de onde foram emergindo, por aproximações sucessivas, as categorias.

Foi igualmente realizado um questionário, distribuído à totalidade dos profissionais. A fraca representatividade das respostas impossibilitou uma análise mais aprofundada dos dados recolhidos.

Sintetizando os resultados, e referindo apenas os mais significativos de modo a não nos alongarmos demasiado, podemos afirmar que se trata de uma organização descentralizada vertical e horizontalmente. A descentralização vertical é reconhecida nomeadamente pelos membros do conselho de administração que afirmam a necessidade de delegar e consideram a sua gestão participativa (embora os directores de serviço manifestem gozar ainda de autonomia insuficiente).

A descentralização horizontal verifica-se a dois níveis: entre os serviços, não sentindo os seus directores necessidade de integração das actividades; e entre os grupos profissionais, verificando-se uma dupla hierarquia dentro dos próprios serviços - a hierarquia médica e a hierarquia de enfermagem, independentes até ao nível estratégico. De realçar aqui a grande fragmentação do meio interno que nos coloca em presença de um sistema imperfeitamente conectado.

Quanto aos mecanismos de coordenação que encontramos no hospital estudado é de salientar, a par da standardização das qualificações (o HDE recebe profissionais devidamente formados e socializados), muito ajustamento mútuo. A integração das actividades realiza-se, por um lado, através destas relações informais (ajustamento mútuo) e, por outro, através de grupos de trabalho e comissões. Ainda no centro operacional, mas apenas no corpo de enfermagem a integração efectua-se também através da hierarquia, na medida em que existe alguma standardização dos procedimentos (a implementação dos sistemas de enfermagem e de classificação de doentes são disso exemplo). Assim, constata-se a existência de múltiplos mecanismos de integração das actividades.

Sendo o hospital uma estrutura complexa e fragmentada, procurámos os indícios de diferenciação nos processos cognitivos. Assim, adoptando a conceitualização de Lawrence e Lorsch (1967) retomada por Baldwin (1978) num estudo aplicado aos hospitais norte americanos, procurámos no discurso dos entrevistados diferenças de atitude relativas à natureza dos objectivos, ao horizonte temporal e ao estilo de liderança. Pudemos evidenciar diferenças significativas entre os membros do conselho de administração, que prosseguem objectivos quantitativos e de médio prazo com maior intensidade, e os profissionais cujos objectivos são de natureza essencialmente qualitativa e de curto prazo. Mas no seio dos profissionais registam-se igualmente diferenças entre chefias médicas e de enfermagem quanto à natureza qualitativa dos objectivos: os médicos apresentam essencialmente preocupações de carácter técnico-científico, enquanto os enfermeiros manifestam uma orientação humanista, confirmando os resultados de Baldwin (1978)

Quanto ao estilo de liderança, os dados emergentes referem-se apenas à centralização / descentralização

da tomada de decisão, tendo-se registado diferenças entre as percepções dos membros do conselho de administração e dos directores de serviço (afirmando os primeiros que fomentam a participação, enquanto os médicos directores dos serviços, consideravam essa participação insuficiente). As chefias de enfermagem, por seu lado, referindo-se ao passado recente sob uma administração mais centralizadora, consideram haver hoje uma melhoria substancial.

No que concerne a identidade, chefias médicas e de enfermagem identificam-se com a sua profissão, privilegiando a sua carreira, em detrimento da organização. Verifica-se assim uma fragmentação identitária, para utilizar o conceito de Cremadez (1992).

Face a estes dados, procurámos, no discurso dos entrevistados, conteúdos que nos colocassem em presença de conflitos interserviços ou interprofissionais. Neste hospital constatamos que o conflito não é significativo. Todos os entrevistados se referem à pequena dimensão desta organização que, possibilitando muito ajustamento mútuo, dificultaria a emergência de conflitos expressos. Consideramos igualmente que a diversidade dos mecanismos de integração contribui para a baixa conflituosidade nesta instituição.

Um outro resultado do estudo realizado diz respeito ao modo como os membros do conselho de administração definem o seu próprio papel. Com efeito, afirmam-se como garante das fronteiras da organização, assegurando as relações com o exterior da organização no sentido da negociação dos recursos. Desta forma libertam os profissionais das pressões do meio envolvente externo e asseguram-lhes as condições para trabalhar. Os membros do vértice estratégico definem-se ainda como gestores dos conflitos internos. Esta autopercepção corresponde cabalmente ao perfil que Mintzberg traça para o administrador profissional.

A história recente do HDE constitui um bom exemplo do poder dos profissionais e das dificuldades que uma tentativa de controlo pela hierarquia tem de enfrentar. Uma administração muito centralizadora viu-se impossibilitada de terminar o seu mandato. A contestação dos médicos obrigou o Ministério da Saúde a substituir o conselho de administração. Verifica-se assim, que a intenção de centralização do poder, através de uma liderança política, faz surgir de imediato o conflito com o centro operacional. Este conflito só será apaziguado voltando a dar o poder ao centro operacional.

Finalmente, pudemos constatar que a perspectiva do cliente encontra-se ausente do discurso dos entrevistados. O hospital tem utentes a quem é facultada a possibilidade de reclamar (no gabinete do utente) mas não instituiu mecanismos para sua auscultação sistemática. Se considerarmos, com Hirschman, que apenas os sistemas que promovem as reclamações dos clientes se actualizam e aperfeiçoam, podemos concluir que, estando os profissionais afastados da pressão do utente, não se impõe a institucionalização de mecanismos para a melhoria da qualidade. Confirmamos mais uma vez o modelo teórico da burocracia profissional, segundo o qual existiria pouca tendência para a inovação e mudança.

#### 4. CONCLUSÕES

Podemos assim concluir que este pequeno hospital mostrou possuir a maioria das características da burocracia profissional, tal como é descrita pelos teóricos.

No Hospital estudado o conflito não é significativo. Em nosso entender vários factores concorrem para esta situação: em primeiro lugar julgamos de salientar a importância do ajustamento mútuo entre profissionais que, conjuntamente com a standardização das qualificações permite a coordenação das actividades. (Recorde-se que Mintzberg apenas refere a standardização das qualificações).

Um segundo factor que nos parece responsável pelo baixo nível de conflito nesta organização, diz respeito à diversidade dos mecanismos de integração registados neste hospital e, nomeadamente, o funcionamento de comissões e grupos de trabalho. Também em determinados grupos profissionais a instituição de procedimentos mais uniformizados e o trabalho em equipa, procura fomentar uma identidade organizacional e não apenas profissional.

E finalmente, a importância da administração da instituição que, ao definir-se como o garante das

fronteiras organizacionais e o gestor dos conflitos internos, ao realçar a importância da participação dos profissionais, respeita integralmente as características dos sistemas imperfeitamente conectados, conseguindo, assim gerir a instituição sem conflitos de maior.

A crescente sofisticação da tecnologia começou já a criar interdependências entre profissionais. O tempo em que o médico actuava só face aos seus doentes tende a desaparecer.

Pre vemos que a crescente interdependência entre os diferentes profissionais, que já se começa a verificar, venha aumentar significativamente os níveis de conflito na organização hospitalar. Com efeito, o grupo dos médicos, hoje ainda dominante, verá disputado o estatuto pelos outros grupos profissionais.

A interdependência entre profissionais das mais diversas especialidades virá a pôr em questão a presente estrutura organizacional, obrigando a uma maior orientação para o cliente. Parece delinear-se uma mudança no sentido da institucionalização de uma estrutura adocrática, respeitando os princípios dos sistemas imperfeitamente conectados.

Gostaríamos de terminar este artigo com uma reflexão relativamente às organizações de ensino, onde a influência da tecnologia ainda não se fez sentir. O campo do saber tem-se, é um facto, alargado criando novas disciplinas e exigindo cada vez maior interdisciplinaridade, essencialmente ao nível da investigação. Ao nível da escola, o mal-estar que hoje se manifesta ao nível social, dever-se-á à configuração adoptada, a burocracia profissional, que concedendo o poder aos seus profissionais, exerce pouca pressão no sentido da auscultação do cliente e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade.

Seria interessante estudar também a instituição escolar, permitindo encontrar soluções organizacionais garantidas de uma melhoria de qualidade.

#### REFERÊNCIAS

- Alcorn, S. (1990). Using matrix organisation to manage health care delivery organisations. *Hospital and Health Services Administration*, 35: 4, 575-590.
- Baldwin, L. (1978). An empirical study: the effect of organisational differentiation and integration on hospital performance. In A. Kovner and D. Neuhauser (eds.) *Health and Services Management, readings and commentary*. New York: Health Administration Press.
- Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Tradução portuguesa. Lisboa: Edições 70.
- Blacker, F., Reed, M. & Whitaker, A. (1993). Editorial introduction: knowledge workers in contemporary organisations. *Journal of Management Studies*, 30: 6, 851-862.
- Cremadez, M. (1992). *Le Management Stratégique Hospitalier*. Paris: Dunod.
- Etzioni, A. (1974). *Análise Comparativa das Organizações Complexas, sobre o poder, o engajamento e seus correlatos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Lawrence, P. & Lorsch, J. (1973). *Adapter les Structures de l'Entreprise, intégration ou différenciation*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Miner, J. (1988). *Organizational Behavior, performance and productivity*. New York: Random House.
- Mintzberg, H. (1982). *Structures et dynamique des Organisations*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Neuhauser, D. (1978). The hospital as a matrix organisation. In A. Kovner & D. Neuhauser (eds) *Health and Services Management, readings and commentary*. New York: Health Administration Press.

- Nunes, F. (1994). As Organizações de Serviços de Saúde, alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4: 5-28.
- Orton, J. D. & Weick, K. (1990). Loosely Coupled Systems: a reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15 (2): 203-223.
- Ouchi, W. (1986). *Teoria Z, como as empresas podem enfrentar o desafio japonês*. São Paulo: Nobel.
- Ramos, F. (1994). O financiamento público do Sistema de Saúde. Caridade do Estado ou a busca da eficiência? *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4: 67-74.
- Stelling, J. & Bucher, R. (1972). Autonomy and monitoring on hospital wards. *The Sociological Quarterly*, 13 (Fall): 431-446.
- Starbuck, W. (1992). Learning by Knowledge-Intensive Firms. *Journal of Management Studies*, 29, 6: 713-740.
- Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. Organizadores: A. Santos Silva, & J. Moreira Pinto (1986) *Metodologias das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vala, J., Monteiro, M.B., Lima, L. e Caetano, A. (1994). *Psicologia Social das Organizações, estudos em empresas portuguesas*. Lisboa: Edições Celta.