Artigo

1. Marco teórico;
2. Descrição do projeto;
3. Metodologia;
4. Resultados

Conflitos no ciclo de vida de um projeto: a desativação de um hospital de hanseníase*

Moema Miranda de Siqueira
Professora adjunta na Universidade Federal de Minas Gerais; doutora em administração pela Universidade de São Paulo.

Este artigo pretende identificar a natureza e a intensidade dos conflitos ocorridos durante as diferentes fases do ciclo de vida do projeto de desativação de um hospital asilar de hanseníase, em Minas Gerais, comparando-os com resultados obtidos de projetos industriais norte-americanos, bem como as diferentes técnicas usadas na resolução desses conflitos.

Trata-se de um estudo de caso, portanto sem capacidade de gerar generalizações. No entanto, ao especificar as características singulares do projeto analisado, a partir de conceituação corrente do termo, permite o desvendamento de aspectos diferenciais dos projetos sociais em relação aos projetos industriais (particularmente de P & D), que podem estimular estudos mais aprofundados. A utilização adaptada da metodologia já empregada por autores consagrados em situações distintas propicia comparações de caráter intersetorial e intercultural.

1. MARCO TEÓRICO

Define-se projeto, em administração, como "um conjunto de atividades interdependentes orientadas para um objetivo específico, com duração predeterminada, caracterizando-se por ser uma atividade não-repetitiva, com recursos limitados e previamente alocados para sua execução. Em geral, envolve a introdução de uma inovação, quer seja um novo produto, o desenvolvimento de uma nova tecnologia, ou a construção de uma obra, dentro de determinadas especificações (Adams & Barndt, 1978).

Na literatura corrente de administração, os autores normalmente identificam fases no desenvolvimento de um projeto, que configuram o chamado ciclo de vida de um projeto (Cleland & King; Archibald; Adams & Barndt). Embora variando de autor para autor, pode-se resumi-las em quatro fases básicas:

- fase de formulação, incluindo atividades conceituais de germinação da idéia até a elaboração da proposta de execução;
- fase de estruturação, correspondendo ao detalhamento da proposta em um plano de execução;
- fase de execução, envolvendo a realização mesma da proposta;
- fase de conclusão, na qual se repassam os resultados e se acompanha a implantação.

São numerosos os estudos mostrando que ocorrem conflitos de maior ou menor intensidade durante o ciclo de vida dos projetos e que, de acordo com a fase, as fontes potenciais de conflito e suas intensidades variam. (Thanhaim & Wilemon; Adams & Barndt; Roman). As fontes mais comuns de conflito no ciclo de vida de um projeto são as decisões sobre tempo (cronograma); prioridades; alocação de recursos humanos; desempenho técnico exigido no projeto; medidas administrativas pertinentes, custos e conflitos de personalidade.

Thanhaim & Wilemon, com base numa pesquisa que envolveu 100 gerentes de projeto de diferentes companhias norte-americanas, concluíram que a intensidade do significado do conflito varia nas diferentes fases do ciclo de vida de um projeto, desde uma intensidade baixa a uma alta, passando pela média, diferentemente para cada fonte de conflito. Embora nenhum deles tenha apresentado a intensidade baixa, os cronogramas, as prioridades e os recursos humanos mostraram-se mais significativos em todas as fases do ciclo de vida do projeto. Os autores estudaram também as técnicas de resolução de conflitos mais usados pelos administradores de projetos. Dentre as tradicionais – confrontação; força; negação; negociação e superação – os autores não identificaram nenhuma que fosse significativamente mais utilizada. A principal conclusão foi a de que, em contraste com estudos de administração geral, os dados parecem sugerir que, nos projetos, é menos importante buscar-se uma melhor maneira de administrar efetivamente os conflitos e mais significativo que os administradores usem sua capacidade de integradores de diversos recursos organizacionais, empregando todas as formas de resolução de conflito, adequadas a diferentes situações em particular (Thanhaim & Wilemon, 1975). Adams & Barndt (1978), em estudo que inclui resenha a respeito, concluem que as mudanças nos modos de resolução de conflito através de ciclo de vida do projeto parecem estar relacionadas com o nível de burocracia, tamanho e clima organizacional.

Pretende-se, no presente artigo, verificar quais os conflitos que ocorreram em cada fase do ciclo de vida do projeto de desativação do hospital de hanseníase, a in-

tensidade de cada um e quais as técnicas de resolução de conflito empregadas, comparando-se com o marco teórico citado.

2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

O objetivo do projeto em análise consistia em desativar um hospital asilar de hansenfase, partindo-se da verificação de que as condições físicas e de "clima organizacional" vigentes impediam que se garantisse um tratamento adequado aos pacientes ali internados.

Trata-se de uma unidade assistencial localizada em área rural, como tradicionalmente ocorre com hospitais desse tipo, próximo a uma grande cidade, possuindo boa área de terreno, mas com um prédio de 100 anos de construção, em precárias condições de conservação.

Originariamente, aquele hospital, que integrava uma rede pública de assistência hospitalar, fora destinado ao atendimento dos pacientes hansenianos que apresentassem problemas psiquiátricos, ou que tivessem sido condenados pela Justiça. Trata-se, portanto, dentro de uma hierarquia preconceituosa e segregacionista, de uma unidade de isolamento e repressão, reservada aos casos socialmente mais rejeitados. O prédio contava, inclusive, com celas fortes, tanto para os presos que apresentassem "periculosidade", quanto para os pacientes psiquiátricos em quadros agressivos. São bastante deprimentes os relatos sobre as condições de tratamento a que eram submetidos os pacientes naquele hospital até há alguns anos.

São relativamente recentes os progressos científicos no campo da doença mental e da hansenfase. No entanto, os conhecimentos sobre a origem da hansenfase e a evolução medicamentosa no tratamento de ambas as patologias têm levado a discussões importantes tanto sobre os seus aspectos terapêuticos, como sociais.

Sabe-se hoje que a transmissibilidade da hansenfase, contrariamente ao senso popular, estigmatizada pela própria Bíblia, é relativamente baixa, decorrendo apenas das formas mais graves da doença e se o paciente não estiver em tratamento regular. Ainda, o bacilo morre facilmente ao sair do corpo do homem e a maioria das pessoas tem defesas no seu próprio organismo contra a doença. As condições sócio-econômicas e de higiene, de maneira geral, afetam as condições de transmissibilidade. Dessa forma, é viável ao paciente, em determinadas condições sócio-econômicas, viver na comunidade, sendo controlado em ambulatório, sem que isso implique risco para si ou para os outros. As desvantagens da hospitalização de caráter asilar envolvem os aspectos psicoafetivos, de integração social, de assimilação ao mercado de trabalho, de convivência familiar e outros, bem analisados por Goffman (1957) como característicos das chamadas instituições totais.

Com base nessas considerações, vários países do mundo vêm substituindo a internação, antes compulsória, dos pacientes hansenianos por tratamento ambulatórial, ao mesmo tempo que desenvolvem iniciativas de integração dos mesmos à vida comunitária. Também na psiquiatria, a moderna filosofia assistencial apregoa a supremacia do tratamento ambulatorial sobre a internação, principalmente sobre a de longa duração.

Em síntese, existe forte argumentação teórica condenando a reclusão de pacientes hansenianos e psiquiátricos em unidades asilares. Alie-se a isto as precárias condições de funcionamento do hospital em estudo e ter-se-á a justificativa do objetivo do projeto de sua desativação.

Isto implicava, no entanto, uma rigorosa avaliação médico e social de cada paciente, verificando quais tinham verdadeiramente condições de serem reintegrados, preparando e orientando esse processo, e que medidas seriam tomadas com aqueles que não teriam aquela condição (transferência para outro hospital; para as penitenciárias comuns, os que cumpriam pena etc.). Como existia bem próximo um outro hospital de hansenfase, com melhores recursos e com ociosidade, a transferência seria para lá, envolvendo a preparação de área física, de sensibilização dos funcionários e dos próprios pacientes para o recebimento dos transferidos, alocação de recursos humanos, materiais e financeiros exigidos etc.

Como se vê, trata-se de uma atividade singular, que não se identifica totalmente com os tipos de projetos industriais conhecidos, muito menos com os projetos específicos de P & D.

No entanto, pode-se verificar que preenche, embora de maneira própria, as características implícitas na definição de projeto. Senão vejamos:

A desativação de um hospital de hansenfase é, mesmo para uma instituição pública de saúde, uma atividade não-rotineira ou repetitiva. Seu desenvolvimento implicou uma nova filosofia assistencial ou uma nova "tecnologia" de tratamento, esperando-se mesmo um novo "produto" como *output* – paciente controlado em ambulatório e reintegrado socialmente. Foram definidos e alocados recursos limitados para sua realização, que deveria se fazer dentro de determinado prazo e obedecendo certas especificações, principalmente no que se refere a condições médicas e sociais para reintegração, transferência etc.

Por estas razões, julga-se procedente considerá-lo, para efeito do estudo, como um projeto, com um ciclo de vida e, portanto, sujeito a conflitos em cada uma de suas fases.

3. METODOLOGIA

As informações foram obtidas mediante questionário remetido a cada um dos participantes do projeto. A remessa foi acompanhada de uma carta, na qual se descrevia, em linhas bem gerais, a teoria a ser usada sobre os conflitos no ciclo de vida dos projetos, bem como se esclarecia sobre os objetivos do trabalho e da coleta de informações (anexo 1).

O questionário constava de uma primeira parte na qual se solicitava a descrição das principais atividades realizadas no projeto analisado, a fim de se comparar com aquelas consideradas típicas de cada uma das fases do ciclo de vida de um projeto.

A segunda parte era composta de um quadro, no qual se pedia ao respondente que marcasse, para cada fase do ciclo de vida do projeto, a intensidade dos con-

flitos ocorridos e a técnica utilizada na resolução dos mesmos. Definiu-se como *confrontação* - o enfrentamento dos antagonistas, havendo um perdedor e um ganhador; *força* – o uso da coerção ou do poder formal para a superação do conflito; *negociação* – a situação em que ambas as partes concordam em ceder algo para superar o conflito; *negação* – ignora-se a existência do conflito, deixando-o latente; *superação* – eliminação da causa do conflito.

Foram dadas explicações adicionais a um dos membros da equipe, que as transmitiu para os demais participantes do projeto, visando ao melhor esclarecimento sobre como preencher o quadro, considerado um pouco complexo pelos profissionais não-familiarizados com a terminologia própria.

Realizaram-se ainda entrevistas para obtenção de dados e informações complementares sobre o próprio projeto e seu desenvolvimento.

As respostas foram apuradas e comparadas com as obtidas por Thanhaim & Wilemon (1975) em seu trabalho com projetos industriais norte-americanos.

Por se tratar de um estudo de caso, portanto sem capacidade de generalizações, não se usaram cálculos estatísticos mais complexos.

4. *RESULTADOS*

A simples comparação dos dados e informações levantados na pesquisa com aqueles obtidos por Thanhaim & Wilemon (1975) em projetos industriais norte-americanos pode ser falaciosa, na medida em que o hospital de hanseníase é uma organização social de caráter eminentemente singular e que o projeto analisado visava extinguir um serviço, enquanto os projetos de P&D normalmente objetivam criar um produto. Além do mais, os estudos de caso, não possuindo capacidade generalizadora, encontram nas análises verticalizantes seu grande potencial.

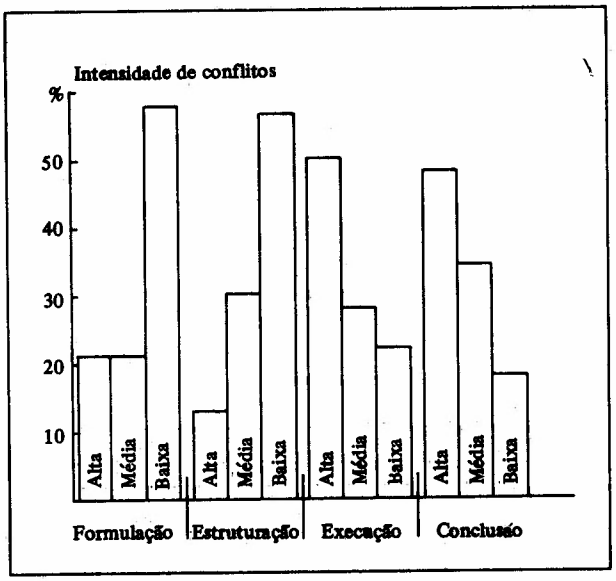
Será tentada, portanto, ao lado da apresentação comparativa dos resultados, a busca de explicações particulares, com base na realidade estudada. Isto não significa que se descarte a consciência de que as determinações maiores dessa mesma realidade estão na estrutura da sociedade. Apenas o escopo e as limitações do trabalho não pretendem atingir esse nível de análise.

De acordo com o gráfico 1, as duas primeiras fases do processo de desativação do hospital de hanseníase – formulação e estruturação – apresentaram, percentualmente, intensidade predominantemente baixa em seus conflitos, invertendo-se esta situação nas fases de execução e conclusão.

Este resultado difere daquele encontrado entre os projetos industriais, em que a fase de formulação foi, ao lado da de conclusão, das mais conflitivas do ciclo de vida daqueles projetos, dadas as decisões estratégicas que envolvem.

Mais do que isso, era de se esperar que um projeto, da natureza deste aqui analisado, envolvendo decisões cruciais que afetam direta e indiretamente o destino e a história de vida de outras pessoas – permanecer isolado e cuidado intramuros, ou ser reincorporado à vida social, responsabilizando-se por sua própria saúde e subsistência

Gráfico 1
Intensidade de conflitos no ciclo de vida do projeto de desativação de um hospital de hanseníase



– apresentasse intensidade muito elevada de conflitos nas fases de formulação e de estruturação.

Pode-se levantar como hipótese explicativa o que ocorre freqüentemente como projetos sociais da instituição à qual pertencia o hospital desativado e que não difere de modo significativo dos projetos sociais públicos no Brasil. Identificado um problema, solicita-se a um grupo de técnicos que elabore um projeto para sua solução. Como, muitas vezes, apesar da boa intenção e seriedade de propósitos iniciais, surgem alterações ou mesmo a suspensão do projeto em fases mais avançadas de seu ciclo de vida, por questões de natureza política, as fases iniciais absorvem menos tensão. Os estudos e as propostas são realizados em um nível de preocupações mais técnicas, admitindo-se que possam ocorrer modificações em outras fases, mas independentes do grupo participante.

No projeto em análise, definiu-se nessas fases o grupo de profissionais que participaria do mesmo, o que não constituiu maior dificuldade, já que, com exceção do grupo médico, era muito pequeno o número de profissionais de cada categoria da equipe de saúde. Elaborou-se ainda um diagnóstico da situação e fixaram-se as normas para a avaliação médico-social dos pacientes.

Já o momento da execução, envolvendo o ajuste de metas e de certa forma a avaliação do desempenho, aumentou as áreas de conflito, principalmente o confronto interprofissional e a pouca agilidade das ações administrativas indispensáveis ao andamento do projeto.

Na conclusão, os eventuais problemas a serem corrigidos e a responsabilidade pelos resultados positivos e negativos propiciaram margem a maiores conflitos.

O quadro 1, de freqüência das fontes de conflitos em cada fase do ciclo de vida do projeto de desativação do hospital de hanseníase, pode facilitar o aprofundamento das tendências constatadas.

Como se vê, "desempenho técnico" apresenta intensidade baixa como fonte de conflito nas fases de formulação e estruturação, confirmando aquilo antes analisa-

Quadro 1
Freqüência das fontes de conflito do projeto de desativação do hospital de hanseníase, por fase

Fontes / Fases	Freqüência mais significativa	
	Intensidade alta	Intensidade baixa
Formulação	Conflitos de personalidade	Desempenho técnico
Estruturação	Sem significância	Desempenho técnico
Execução	Recursos humanos Decisões administrativas	Sem significância
Conclusão	Recursos humanos Conflitos de personalidade	Sem significância

do. Mas, provavelmente, sofre a influência da própria dificuldade ou resistência de se fixar critérios para avaliar uma alta de paciente hanseniano. Contrariamente a um produto industrial, cujos padrões de qualidade compõem um item importante do projeto, em saúde é difícil e – parece – pouco desejável para o grupo profissional definir-se com mais clareza sobre o que seria uma "boa" atenção médica, no caso específico uma 'boa" alta hospitalar.

Isto talvez também explique por que os conflitos de personalidade foram os mais significativos nas fases inicial e final do projeto, provavelmente de natureza interprofissional. A equipe profissional do projeto era composta de médicos, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional. Embora o nível de discurso já exista certo consenso sobre a formação e o funcionamento de equipes interprofissionais de saúde, explicitando-se o papel estratégico de cada profissional e a necessidade de integração dos mesmos, são também constantes os relatos e estudos sobre as dificuldades de sua prática.

O próprio fato de serem todos profissionais, mais fortemente ligados a seus objetivos corporativistas que ao desempenho organizacional, mais cosmopolitas e menos locais, cria obstáculos à integração.

Acresce-se a isto a posição histórica do médico como líder da atenção à saúde, posição essa que, apesar do discurso democrático das equipes de saúde, permanece, na prática, inquestionável.

O poder exercido em nome de seu saber é de tal natureza que, embora outros profissionais possam vir a participar do trabalho de saúde, o diagnóstico e a prescrição continuam a ser monopólio médico. No caso em questão, os demais profissionais colaboravam na avaliação – principalmente na social – mas a definição de alta era dada, em última instância, pelo médico.

"Recursos humanos", uma das fontes mais significativas de conflito nos estudos de Thanhaim & Wilemon (1975), teve aqui significância nas fases de "execução", junto com as decisões administrativas, e de "conclusão". Parece coerente, na medida em que, durante a "execução", foi necessário envolver grande número de profissionais, técnicos, funcionários administrativos e operários, para a avaliação médico-social dos pacientes e para as atividades administrativas de apoio e de reforma física da área que abrigaria os pacientes sem condições de alta.

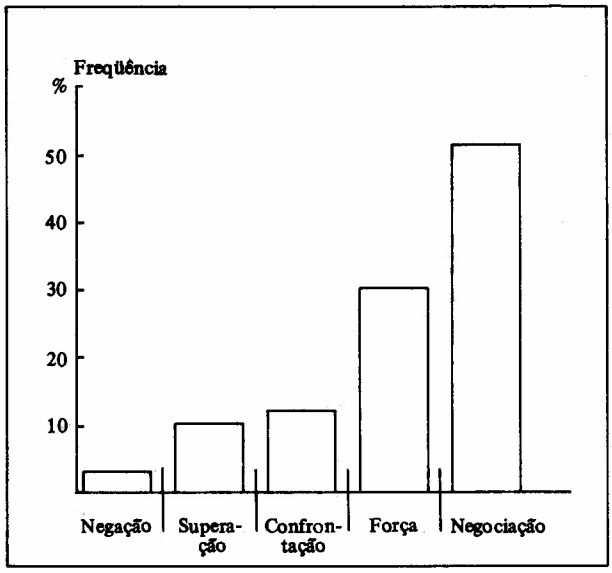
Na fase de "conclusão", a realocação de todo esse pessoal, inclusive os que prestavam serviço no hospital desativado, foi grande fonte de conflito.

"Custos" constituíram a fonte de conflito menos significativa. Isto parece típico dos projetos sociais de maneira geral e mais especificamente dos projetos sociais públicos. Embora a fase de captação e negociação de recursos exista e preceda a realização desses projetos, muitas vezes até com maiores dificuldades que nos projetos industriais, o grupo técnico das instituições públicas participa pouco dessas fases, sentindo-se, com isso, pouco comprometido com suas implicações. Além do mais, o próprio conceito de "custos" varia profundamente em um projeto industrial e social, tendo no primeiro uma abrangência financeira e no segundo de benefício social, o que é difícil, mas não impossível, de avaliar, já existindo sofisticados processos de cálculo.

No caso específico da instituição que abrigava o hospital de hanseníase desativado, os profissionais de saúde geralmente ignoram a variável "custos" – talvez até mesmo como estratégia defensiva – considerando-a de responsabilidade exclusiva da administração.

O mesmo raciocínio pode ser usado para "cronograma" como fonte de conflito. No caso analisado, e nas organizações públicas brasileiras de maneira geral, a variável "tempo" tem relevância bem menor que nas organizações industriais e a relação tempo/custo é minimizada na alegação de ameaça à qualidade do *output*.

Gráfico 2
Freqüência das técnicas utilizadas na resolução dos conflitos no ciclo de vida do projeto de desativação do hospital de hanseníase



O gráfico 2 apresenta a freqüência das técnicas utilizadas na resolução dos conflitos do projeto analisado.

Por ele fica claro que a "negociação" foi citada como tendo sido utilizada para resolução de conflitos em 51% dos casos ocorridos na desativação do hospital de hanseníase.

Como essa observação provém da percepção dos entrevistados, todos participantes do projeto, talvez uma explicação resida nos valores das equipes de saúde que,

pelo menos a nível de discurso, preconizam o diálogo e a conciliação como técnicas integradoras. Assim, a força e mesmo a confrontação parecem técnicas por demais "autoritárias" para serem admitidas pelos integrantes de uma equipe interprofissional, que preferem ser vistos como conciliadores.

No entanto, a "força" aparece como a segunda técnica em intensidade. Talvez o cruzamento do dado com a variável profissão pudesse aprofundar um pouco mais a análise, desvendando eventuais "ocultações" de poder e dominação de um grupo sobre o outro.

Do mesmo modo, a "negação" do conflito não parece, ao grupo que participou do projeto de desativação do hospital de hanseníase, uma técnica válida de resolução de conflitos, sendo percebida como usada apenas em 3% dos casos.

ANEXO 1

No quadro a seguir marque com um X, para cada fase do projeto, a intensidade dos conflitos ocorridos – alta, média ou baixa – e as técnicas usadas para resolvê-los. Na identificação de outras fontes de conflitos no Projeto de Desativação do Sanatório (. . .), queira, por obséquio, anotar anexo, assinalando também a etapa ou etapas em que ocorreu (eram).

Fases do projeto	Fontes de conflito	Intensidade			Técnicas utilizadas de resolução de conflitos*				
		Alta	Média	Baixa	Confrontação	Força	Negociação	Negação	Superação
1. Formulação	Cronograma								
	Prioridades								
	Recursos humanos								
	Desempenho técnico								
	Decisões administrativas								
	Custos								
	Conflitos personal.								
2. Estruturação	Cronograma								
	Prioridades								
	Recursos humanos								
	Desempenho técnico								
	Decisões administrativas								
	Custos								
	Conflitos personal.								
3. Execução	Cronograma								
	Prioridades								
	Recursos humanos								
	Desempenho técnico								
	Decisões administrativas								
	Custos								
	Conflitos personal.								
4. Conclusão	Cronograma								
	Prioridades								
	Recursos humanos								
	Desempenho técnico								
	Decisões administrativas								
	Custos								
	Conflitos personal.								

*Considere como:
Confrontação – enfrentamento dos antagonistas, havendo um perdedor e um ganhador.
Força – uso da coerção ou do poder formal para a superação do conflito.
Negociação – situação em que ambas as partes concordam em ceder algo para superar o conflito.
Superação – eliminação da causa do conflito.
Negação – ignorar-se a existência do conflito, deixando-o latente.

*A autora agradece a colaboração da terapeuta ocupacional Yeda M. Cruz Santos, sem a qual o trabalho não teria sido possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, John R. & Barndt, Stephene E. Organizational life cycle implications for major projects. *Project Leana Gement Quarterly*, p. 32-9, Dec. 1978.

Archibald, R.D. *Managing high technology and project.* New York, John Wiley, 1976.

Cleland, William R. *Sistems analyses and project management.* 2. ed. New York, McGraw-Hill, 1968.

Goffman, Erwing. *The characteristics of total institution.* Symposium on Preventive and Social Psychiatry. Washington, DC, IPE/Walter Reed, Apr. 1957.

Thanhaim, Hans J. & Wilemon, David L. Conflict management in project life cycles. *Sloan Management Review*, p. 31-50, Spring 1975.