

DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i2.359>

Data de recebimento: 09/09/2017

Data de Aceite: 16/01/2018

Editora Executiva: Lara Jansiski Motta

Editora Científica: Sonia Monken

Avaliação: Double Blind Review pelo SEER/OJS

Revisão: Gramatical, normativa e de formatação

ANALISE INTERDISCIPLINAR DAS RELAÇÕES DE CONFLITO E PODER NA GESTÃO HOSPITALAR

¹Luanne Escobar do Nascimento Oliveira²Erlaine Binotto³Luiz Cândido Martins⁴Luciana Fernandes Volpato

RESUMO

O problema que se coloca neste estudo são os conflitos e as relações de poder estabelecidos no ambiente hospitalar, onde as relações de dominação se manifestam no processo de gestão dos interesses dos agentes, trazendo consequências para todos os envolvidos. O objetivo é analisar os conflitos e as relações de poder entre colaboradores de diferentes categorias de um hospital filantrópico. Buscou-se contemplar as categorias de análise diretamente relacionadas ao ambiente hospitalar, tais como: Organograma, Participação, Liderança e Conflitos. A discussão dos achados da pesquisa está amparada nos conceitos de Campo, Capital Simbólico e *Habitus* do sociólogo francês Pierre Bourdieu. As contribuições do estudo se evidenciam na abordagem interdisciplinar do problema a partir das contribuições da Sociologia, Administração e Saúde Pública, ampliando, assim, os horizontes de compreensão do problema. A utilização das lentes teóricas de Bourdieu se revelou importante na medida em que há uma ausência de estudos sobre gestão hospitalar que utilize de conceitos sociológicos, sobretudo de Bourdieu. O estudo possibilitou aos gestores do hospital, em análise, um *feedback* amplo para entendimento e aprimoramento da sua gestão.

Palavras-chaves: Administração hospitalar. Pierre Bourdieu. Gerenciamento da prática profissional. Conflito de interesses. Administração de recursos humanos em saúde.

¹ Graduada em Administração, pela Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, Mato Grosso do Sul, (Brasil). E-mail: oliveira@gmail.com

² Doutora em Agronegócios pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, (Brasil). E-mail: ErlaineBinotto@ufgd.edu.br

³ Doutor em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP, São Paulo, (Brasil). E-mail: luizmartins@ufgd.edu.br

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP, São Paulo, (Brasil). E-mail: lucianavolpato@superig.com.br



INTERDISCIPLINARY ANALYSIS OF CONFLICT AND POWER RELATIONS IN HOSPITAL MANAGEMENT

ABSTRACT

The problem that arises in this study is the conflicts and power relations established in the hospital environment, where the relations of domination are manifested in the process of managing the interests of the agents, bringing consequences for all involved. The objective is to analyze the conflicts and power relations between employees of different categories of a philanthropic hospital. We sought to contemplate categories of analysis directly related to the hospital environment, such as: Organization Chart, Participation, Leadership and Conflicts. The discussion of the findings of the research is supported by the concepts of Field, Symbolic Capital and Habitus of the French sociologist Pierre Bourdieu. The contributions of the study are evidenced in the interdisciplinary approach of the problem from the contributions of Sociology, Administration and Public Health, thus broadening the horizons of understanding the problem. The use of Bourdieu's theoretical lenses proved to be important insofar as there is a lack of studies on hospital management using sociological concepts, especially from Bourdieu. The study allowed the hospital managers, under analysis, a broad feedback to understand and improve their management.

Keywords: Hospital administration. Pierre Bourdieu. Management of professional practice. Conflict of interests. Administration of human resources in health.



INTRODUÇÃO

Uma característica da realidade contemporânea, em nível global, é o processo de mudanças em diferentes setores: política, economia, natureza, tecnologia e, também, no que diz respeito à forma como as organizações concebem seus negócios.

No âmbito da saúde, este processo de mudança se revela na permanente profissionalização dos serviços, passando do conceito de assistencialismo para voltar-se a metas de lucratividade, excelência em serviços, provocando alterações nas estruturas e formas de organização (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto, & Simioni, 2010). Como resultado deste movimento, ocorre mudanças no contexto do trabalho e na forma como os profissionais se relacionam com a organização e entre si, abrindo possibilidade para conflitos.

Dessa forma, o objeto desta pesquisa são os conflitos estabelecidos no ambiente hospitalar, onde as relações de poder e dominação se manifestam no processo de gestão dos interesses dos agentes envolvidos. Logo, as relações conflituosas podem desencadear consequências de grande alcance para todos os envolvidos, especialmente aos pacientes. Afinal, a instituição hospitalar possui algumas peculiaridades que a distingue de outras organizações prestadoras de serviços e uma relação insatisfatória entre os empregados influencia negativamente na assistência fornecida ao paciente (Campos & Campos, 1982).

Entender os processos de gestão hospitalar, com foco nos conflitos, é tratar com uma situação onde os agentes envolvidos (gestores, médicos, enfermeiros e colaboradores) são os mesmos que atuam nos processos de tratamento e cura de enfermidades. Frisa-se, o hospital é um local de acolhimento e atenção à vida humana, em momentos sensíveis.

Na esteira desta preocupação, certos tipos de conflitos nas organizações podem ser desejáveis, visto que agregam valor em

qualquer tipo de tomada de decisão e podem influenciar de maneira positiva o crescimento da instituição, mas observa-se que quando estes não são bem geridos, prejudicam o resultado (Farias, Gurgel, Costa, Brito, & Buarque, 2011).

Vendemiatti et al. (2010) entendem que o conflito faz parte do cotidiano organizacional e, de um jeito ou de outro, é encarado pelos gestores como uma busca pela otimização de seus impactos, tanto para a organização como para os indivíduos.

A organização hospitalar apresenta uma estrutura extremamente complexa, uma vez que exige conhecimentos específicos necessários para gerir recursos físicos e humanos, sendo que este último inclui, entre outros funcionários, os especialistas (médicos e enfermeiros) e o setor administrativo. Ambos são detentores de poder no ambiente hospitalar em função do conhecimento específico, legitimidade diante da equipe construída pela convivência em situações limite, além de ações de controle e direcionamento das atividades diárias. Nesse sentido, esta pesquisa se justifica devido à estrutura organizacional dos hospitais abrigarem campos de poder que geram conflitos e se constituem em desafios para o processo de gestão. Assim, o objetivo deste estudo é analisar as relações de conflito e poder entre colaboradores de diferentes categorias de um hospital, localizado no interior do Estado do Mato do Grosso do Sul, sendo que tal análise se apóia na construção teórica do sociólogo Pierre Bourdieu.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.

O local do estudo é um hospital situado em um município do interior do Estado de Mato Grosso do Sul, cuja personalidade jurídica é de uma Associação Beneficente, vinculada a uma instituição privada e mantida por doações particulares. Possui 48 leitos, dos quais 40 estão disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oito destinados ao atendimento de convênios e particulares.



O hospital possui 59 profissionais, sendo que 33 participaram como respondentes em um dos quatro questionários, validados na pesquisa de Vendemiatti (2004), com perguntas abertas, fechadas e uso da escala de Likert, sendo 01 para discordo totalmente e 05 para concordo totalmente. Os questionários foram aplicados na própria unidade hospitalar, em novembro de 2016. Adotou-se um questionário para cada grupo hierárquico.

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram divididos em quatro grupos hierárquicos, seguindo o organograma fornecido pelo hospital: a) gestão/coordenação (dois), b) setor administrativo (dez), c) setor de médicos (cinco) e enfermeiros (oito) e, d) colaboradores (atendentes (quatro) e pessoal da limpeza (quatro)).

Buscou-se contemplar as categorias de análise diretamente relacionadas ao ambiente hospitalar, tais como: Organograma, Participação, Liderança e Conflitos. O ambiente hospitalar é tratado como o espaço onde as pessoas desempenham seu trabalho e se dá as relações interpessoais e de poder. A estrutura organizacional consiste na forma como a organização está estruturada em níveis hierárquicos. Esses níveis permitem definir as lideranças e as estruturas de poder e comando.

A discussão dos achados da pesquisa, relativos a conflitos e relação de poder na gestão hospitalar, está amparada nos conceitos de Campo, Capital Simbólico e *Habitus* de Pierre Bourdieu.

REVISÃO TEÓRICA

A perspectiva de Pierre Bourdier

Bourdieu (1983) explicita sua compreensão de campo e estabelece suas bases conceituais, onde campo refere-se a espaços sociais passíveis de serem compreendidos porque se estruturam a partir de posições ou postos ocupados. As

propriedades destes espaços dependem das posições ocupadas, mas pode ser analisada independentemente das características de seus ocupantes. Para o autor, existem leis gerais e invariantes nos campos, ou seja, aplica-se a qualquer campo social em análise, como: o campo econômico, o político, o filosófico, o artístico, o histórico, o psicológico, entre outros.

Para ele, é isto que faz com que o projeto de uma teoria geral não seja absurdo e que “seja possível usar o que se aprende sobre o funcionamento de cada campo particular para interrogar e interpretar outros campos” (Bourdieu, 1983, p. 56).

Bourdieu esclarece:

que em cada campo se encontrará uma luta, da qual se deve, cada vez, procurar as formas específicas, entre o novo que está entrando e que tenta forçar o direito de entrada e o dominante que tenta defender o monopólio e excluir a concorrência (Bourdieu, 1983, p. 58).

Nesta luta, entre o dominante do campo e aquele que se apresenta como concorrente na disputa pelo poder, o volume de capital simbólico acumulado é fator determinante, ao lado do lugar da largada na corrida pela dominação dos espaços dentro do campo.

Neste contexto, o dominante é o que detém o *capital específico* do campo. Este capital é específico porque representa tudo que tem valor dentro do seu campo, como a questão econômica, tecnologias, o domínio de *knowhow*, tradição, poder político, entre outros.

Por Capital Simbólico, a partir de Bourdieu, entende-se não apenas o acúmulo de bens e riquezas econômicas, mas todo recurso ou poder que se manifesta em uma atividade social. Assim, além do *capital econômico* (renda, salários, imóveis), é decisiva a compreensão de *capital cultural* (saberes e conhecimentos reconhecidos por diplomas e títulos) e *capital social* (relações sociais que podem ser convertidas em recursos de dominação). Em resumo, refere-se a um *capital simbólico* (o que chamamos de prestígio ou honra e que



permite identificar os agentes no espaço social) (Bourdieu, 1989; Bourdieu, 2005).

O conceito de *Habitus* é uma noção mediadora que ajuda a romper com a dualidade de senso comum entre indivíduo e sociedade ao captar “a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade”, ou seja, o modo como a sociedade se torna depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis ou capacidades treinadas e propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados, que as guiam nas suas respostas criativas aos constrangimentos e solicitações do seu meio social existente (Bourdieu, 1989; Bourdieu, 2005; Wacquant, 2007).

O *Habitus* é o que traduz estilos de vida, julgamentos políticos, morais, estéticos. Ele é um meio de ação que permite criar ou desenvolver estratégias, individuais ou coletivas.

Para Setton (2002), *habitus* é um conceito que, embora seja visto como um sistema engendrado no passado e orientando para uma ação no presente, ainda é um sistema em constante reformulação. É uma noção que auxilia a pensar as características de uma identidade social, de uma experiência biográfica, um sistema de orientação, ora consciente, ora inconsciente. *Habitus* como uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas.

O conceito de conflito com o qual se trabalha exprime a ideia de que: “é um processo que começa quando uma parte percebe que outra parte afetou, ou está perto de afetar, negativamente algo pelo qual a primeira parte se interessa” (Robbins, 1999).

A gestão nas organizações hospitalares

As organizações hospitalares têm sofrido grandes transformações ao longo das últimas décadas impulsionadas pelas transformações tecnológicas, avanços na ciência e na forma de conceber a saúde pelos órgãos públicos e privados.

Nessas organizações, a dinâmica da gestão está presente de forma similar a qualquer outra organização. Constitui-se de um grupo de especialistas (médicos e enfermeiros), responsáveis por decisões relacionadas a dimensão administrativa no uso de recursos. A tendência é que o foco da decisão esteja orientado pela lógica de sua formação profissional e são detentoras de poder tanto em função de seu conhecimento específico, como pelo ambiente de urgência e risco, e ainda pela legitimidade diante da equipe construída pela convivência em situações limite. O corpo gerencial possui funções relacionadas a processos de adesão dos colaboradores e ações de controle e direcionamento das atividades diárias. Dessa forma, as estruturas organizacionais dos hospitais possuem suas peculiaridades que definem campos de poder trazendo desafios para a gestão dessas organizações (Vendemiatti et al., 2010).

Muitas das limitações relacionadas aos aspectos de tomada de decisão e as dificuldades na gestão pela complexidade do sistema são apontados no trabalho de Pacheco & Gomes (2016), mostrando, também, a presença de um imaginário de descrédito por parte dos hospitais públicos associado à busca pela operacionalidade e o aparecimento de resultados positivos.

A liderança, nesse ambiente, pode ser analisada sob a perspectiva de Davel & Machado (2001), que situa a mesma na relação entre líderes e liderados movida pelo poder, cognição e emoção. O atendimento das demandas da organização e ao mesmo tempo, contemplados os interesses dos liderados, gera processos de identificação dos liderados com a organização. Nessa perspectiva o líder é aceito em meio a essa negociação para atender os desejos individuais e os objetivos organizacionais.

Jamra, Cecilio, & Correia (2016) trazem a discussão de Carapinheiro (1998), sobre a dualidade na estrutura de autoridade do hospital, evidenciando o poder do médico e o poder administrativo, podendo haver um



embate e como resultado a manutenção do poder médico na instituição.

RESULTADOS

Organograma

O organograma do hospital demonstra a distribuição de funções e estrutura de poder que regula as relações dos agentes. Subdividido em quatro setores, o mesmo apresenta os gestores/coordenadores no primeiro nível e, na sequência, os setores administrativo, médicos e enfermeiros e, por fim, colaboradores (atendentes e pessoal de limpeza).

Dois destaques no processo de criação do organograma: somente o setor administrativo participou de sua criação e há pouco conhecimento sobre sua existência.

Ao indagar o setor administrativo, composto por dez agentes, sobre o processo de criação do organograma, a resposta de três foi que participaram do processo. Dois agentes informaram ter participado em partes e, o restante, ou seja, cinco agentes informaram não haver participado do processo.

Ao questionar os colaboradores, composto por oito agentes, sobre a mesma questão, a resposta de sete revelou nunca ter visto o organograma, apenas um revelou conhecê-lo.

A respeito do conhecimento dos níveis hierárquicos e a quem reportarem-se, gestores/coordenadores e setor administrativo o reconheceram e destacaram “já terem visto o organograma”.

Médicos e enfermeiros, no total de treze agentes, foram unânimes em afirmar que conhecem o organograma do hospital, se identificam dentro do mesmo e afirmam que possuem subordinados e superiores. Apenas uma enfermeira alegou não saber quem seria seu possível subordinado, uma vez que reconhece apenas seu superior.

Quanto à avaliação do respeito aos níveis hierárquicos, gestores/coordenadores afirmam que há respeito. A partir da escala Likert, ambos classificam com dois e meio, numeração inexistente na escala, mas que pode ser interpretada como discordo parcialmente.

Perfil dos respondentes:

Tanto os gestores/coordenadores como o pessoal do setor administrativo, cumprem carga horária diária de oito horas. A predominância dos participantes da gestão/coordenação e do setor administrativo é do sexo feminino. Dos doze respondentes, dez possuem ensino superior, um está cursando e apenas um possui ensino médio. A maioria (seis) trabalha há cinco anos na instituição, seguido de quatro participantes que trabalham há quatro anos e dois participantes que trabalham há três anos.

Ressalta-se que o setor administrativo é formado pelos chefes (administradores) e assessores, os quais auxiliam nos serviços, mas não tem autonomia para estabelecer rotinas ou tomar decisões.

Como mostra a Tabela 1, a predominância dos participantes entre médicos e enfermeiros é do sexo feminino. O corpo médico é composto por três especialistas e dois clínicos gerais, enquanto que o corpo de enfermeiros indica uma enfermeira chefe.

A maioria (cinco) trabalha há três anos na instituição, seguido de três participantes que trabalham há quatro anos, três participantes trabalham há cinco anos, um participante trabalha há dois anos e, por fim, um participante trabalha há um ano.

A Tabela 2 apresenta dados referentes aos colaboradores que trabalham oito horas por dia e possuem maioria respondente (sete) do sexo feminino. Destes participantes, quatro cursam ensino superior, dois são concluintes de ensino médio e dois possuem nível médio.



Tabela 1 – Perfil dos Entrevistados (setor administrativo, médicos e enfermeiros)

Setor	Gênero	Idade	Formação	Tempo na instituição	Jornada diária
Gestão/ Coordenação	F	40	Superior	3 anos	8 h
	M	47	Superior	5 anos	
Administrativo	F	24	Superior	3 anos	
	F	24	Cursando Superior	4 anos	
	F	25	Superior	4 anos	
	F	25	Superior	5 anos	
	F	28	Ensino Médio	4 anos	
	F	39	Superior	5 anos	
	F	40	Superior	4 anos	
	M	27	Superior	5 anos	
	M	26	Superior	5 anos	
M	37	Superior	5 anos		
Médico	M	34	Superior, Ginecologista	5 anos	12h
	M	36	Superior, Reumatologista	4 anos	
	M	55	Superior, Clínico Geral	5 anos	
	F	37	Superior, Clínico Geral	3 anos	
	F	37	Superior, Pediatria	5 anos	
Enfermeira Chefe	F	36	Superior	4 anos	6h
Enfermeira	M	32	Superior	4 anos	
	F	40	Superior	3 anos	
	F	31	Superior	3 anos	
	F	46	Superior	3 anos	
	F	33	Superior	3 anos	
	F	29	Superior	2 anos	
	F	27	Superior	1 ano	

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)



Tabela 2 – Perfil dos Entrevistados – Colaboradores (Atendentes e Pessoal da Limpeza)

Setor	Gênero	Idade	Tempo na instituição	Jornada diária
Atendente	F	22	1 ano	8 h
	F	24	3 anos	
	F	27	2 anos	
	M	30	2 anos	
Colaborador da limpeza	F	22	1 ano	
	F	34	4 anos	
	F	24	3 anos	
	F	34	4 anos	

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Participação

Os dados apresentados a seguir, no quesito participação, conforme as categorias outrora definidas por Vendemiatti (2006), apresentam informações relativas a: a) autonomia do corpo médico para redefinição de padrões de rotina, b) influência do corpo clínico na gestão, c) atitude dos médicos e enfermeiros quando recebem a notícia de mudanças na rotina/protocolo, d) a quem atendentes e pessoal da limpeza recorrem para sanar dúvidas.

Em relação aos médicos possuem autonomia para redefinição de padrões de rotina, todos consideram ter. Por outro lado, no grupo dos enfermeiros, três entendem que possuem e dois não.

A influência do corpo clínico na gestão foi respondida utilizando a escala de Likert, mostra que nove deles optaram pelo nível três da escala que significa não concorda nem discorda e apenas um concorda parcialmente.

A atitude dos médicos e enfermeiros quando recebem a notícia de mudanças na rotina/protocolo advinda do setor administrativo. Dos médicos, quatro questionam e um aceita, enquanto que dos enfermeiros, seis questionam e dois aceitam.

As pessoas que os atendentes recorrem para sanar dúvidas são metade para

o supervisor direto e a outra metade para o suporte técnico. O pessoal da limpeza, um para o superior direto e dois, para os demais supervisores administrativos. Nas questões formais no trabalho, mas que envolvem as atividades dos mesmos, três atendentes procuram o supervisor e um dialoga com os colegas. Três dos funcionários da limpeza preferem dialogar com colegas e um não procura o supervisor.

Os médicos mencionaram que possuem autonomia para a redefinição de padrões de rotina, enquanto que os enfermeiros não apresentaram a mesma opinião. Uma enfermeira disse: “*aqui quem decide e impõe é o gestor, o prefeito e o contador da instituição...*”; outra mencionou que “*existe politicagem dentro da instituição*”.

Os gestores/coordenadores alegaram que quando percebem um médico ou enfermeiro fazendo algo fora da rotina, comunicam os superiores dos mesmos.

Os profissionais do setor administrativo foram unânimes em afirmar que recorrem aos gestores quando se deparam com situações que fogem do protocolo do hospital, para que esses levem ao conhecimento dos responsáveis técnicos e diretores clínicos.

Os colaboradores, de forma geral, relatam aos seus superiores quando um médico toma alguma atitude fora da rotina. Um dos entrevistados afirmou: “*procuro informar aos*



superiores ou a administração. E olha, isso ocorre com muita frequência”.

O setor administrativo informou que convoca reuniões para lidar com essa situação, entretanto alega que não pode adotar uma postura muito rígida, pois a estrutura do hospital é precária e todas as áreas possuem impasses.

Dentre as perguntas realizadas aos colaboradores, estão: quem mais auxilia o desenvolvimento dos processos (o corpo de enfermagem foi o mais citado), quem mais atrapalha o desenvolvimento dos processos (cinco afirmaram ser o setor administrativo) e quem seria mais acessível às solicitações dos mesmos (a maioria dos entrevistados respondeu a enfermagem – 06). Na opinião dos colaboradores, os enfermeiros são mais acessíveis e dispostos a dialogar e escutar suas solicitações.

Liderança

O setor administrativo considera como líder, o indivíduo com capacidade de coordenar e comandar uma equipe. Um entrevistado respondeu: *“o líder é aquele que conhece como funciona a organização e toma decisões que melhoram as coisas, não aqueles chefes que só sabem apontar os erros e questionar as pessoas”.*

O mesmo setor considera descumprimento de norma a desobediência a alguma medida imposta e alegou que quando os médicos descumprem regras, o posicionamento é chamar para uma conversa. Mas, dependendo da questão, não poderiam se intrometer na conduta médica e, caso necessário, acessariam o CRM (Conselho Regional de Medicina).

Quando os médicos e enfermeiros se depararam com o questionamento sobre quem seria o supervisor formal dos mesmos, três médicos afirmaram não ter e dois garantiram que é o diretor clínico. Já os enfermeiros, disseram conhecer quem seria o supervisor. Em relação a quem recorrem em caso de dúvidas, os médicos não

mencionaram e os enfermeiros responderam recorrer ao supervisor.

Quando perguntados se os médicos são colaboradores da administração, os médicos tiveram respostas divergentes: dois responderam que não são colaboradores da administração, um disse que sim e um falou mais ou menos. Os enfermeiros responderam que sim (06).

Sobre a questão se os médicos são líderes, a maioria dos enfermeiros (05) considera apenas alguns médicos líderes, enquanto que os médicos (04) não se consideram líderes. Apenas um médico considera a classe médica líder e que deve dar opiniões nos procedimentos, orientar e apoiar a equipe.

Os atendentes e o pessoal da limpeza relataram conhecer um líder dentro do hospital. Ao serem questionados a respeito do que consideram ser um chefe, responderam que se trata de status para alguém que dá ordens, chama a atenção e não pensa em um bom relacionamento com os funcionários.

A respeito do que consideram um líder, sete profissionais afirmaram que líder é aquele que ajuda, toma decisões baseado na opinião de todos, trabalha em conjunto e respeita seus subordinados, os tratando de igual para igual. Também foram questionados se um chefe poderia ser líder e sete pessoas responderam sim. Um profissional respondeu: *“sim, apenas devemos saber se quer ajudar, acrescentar ou apenas ter um cargo por status social”.*

Conflitos

Em relação aos conflitos entre gestores/administração e médicos, os gestores apontaram os seguintes problemas: plantões (alegam ser muito difícil os médicos cumprirem os plantões adequadamente, pois os mesmos permanecem no quarto de descanso, prejudicando o fluxo no atendimento), dificuldade em cumprir a escala médica, não acatam as sugestões e opiniões da administração, dificuldade de contato com a classe médica.



A mesma questão foi realizada aos médicos e enfermeiros, os resultados mostraram que os seguintes geradores de problemas: pessoas não qualificadas opinando em decisões sobre escalas de plantão (na opinião dos médicos); a escala mensal dos médicos e a ausência dos mesmos nos plantões, devido ao pagamento atrasado (opinião dos enfermeiros).

Na questão: “Situações em que interesses administrativos não coincidem com os interesses da classe médica”, os médicos apontaram problemas na remuneração (atrasos no pagamento) e que as escalas e os padrões impostos pela administração, não são bem aceitos.

Os enfermeiros, muitas vezes, sentem descaso por parte dos gestores e da administração em relação ao controle de rotinas dos médicos e demais funcionários, atingindo todas as áreas, pois quando uma área não funciona bem, afeta as demais.

Ao serem questionados sobre “quanto os médicos e a enfermagem possuem influência direta nas decisões administrativas”, seis enfermeiros discordaram parcialmente, enquanto que todos os médicos se mantiveram neutros em relação à questão.

Médicos e enfermeiros responderam sobre o motivo de médicos e rotinas administrativas mais burocráticas não combinarem, as respostas foram: desqualificação das pessoas que administram a instituição e problemas de organização (médicos), rotina de trabalho e difícil relacionamento entre médicos e estrutura do hospital (enfermeiros).

DISCUSSÃO

Cumprir identificar onde estão e quem são os agentes sociais que, por acumularem maior capital simbólico, exercem a dominação no campo. Identificar este núcleo de poder ilumina o entendimento dos conflitos existentes, afinal no campo onde ocorrem as relações de poder, haverá uma luta onde o dominante tenta defender o

monopólio e excluir qualquer forma de concorrência, e os concorrentes tentarão estratégias de subversão para promover uma ruptura na dominação (Bourdieu, 1983).

O organograma que identifica as posições ocupadas pelos agentes do campo foi criado pelo setor administrativo. Dos dez agentes do setor, apenas três participaram do processo de criação, dois participaram em partes e cinco não participaram. No setor dos colaboradores, de oito componentes, sete revelaram nunca ter visto o organograma, gerando um estranhamento.

Este fato fica em realce porque o organograma cumpre a função de informar, todos os agentes do campo, que há uma estrutura de poder estabelecida. E esta estrutura estruturada, cumpre a função de estruturar a cosmovisão dos agentes do campo, de tal maneira a normatizar um habitus comportamental.

Do levantamento do perfil dos 33 participantes da pesquisa, 24 são do gênero feminino e 9 masculino. No setor dos gestores, que está no topo do organograma, há dois gestores, um do gênero feminino e outro masculino, ambos possuem ensino superior. Entre os administradores, 7 são do gênero feminino e 3 masculino, todos possuem ensino superior. Entre os médicos, 3 são do gênero masculino e 2 feminino e todos possuem ensino superior. Entre enfermeiros, 8 são do gênero feminino e 1 masculino, todos possuem ensino superior. Entre os colaboradores 7 são do gênero feminino e 1 masculino, quatro cursam ensino superior, dois possuem nível médio e dois estão concluindo o ensino médio.

No cômputo geral, constata-se a predominância do gênero feminino ocupando os postos em todos os níveis da estrutura estruturada do campo. Isto pode ser considerado um indício da dominação do gênero feminino no campo.

Os dois gestores presentes no topo do organograma é outro indício que a dominação do campo é exercida por eles, tendo como critério o posto ocupado.



Em seguida, identificam-se dez administradores, cinco médicos, oito enfermeiros e oito colaboradores. Cada um dos setores detém seu capital simbólico e o mesmo reflete poder nas relações que se estabelecem no campo.

Paralelo ao grupo majoritário feminino e dos dois gestores, encontra-se o setor composto pelos médicos. Este setor apresenta algumas características singulares que podem colocá-lo como aquele que, realmente, detém o poder no campo e, desta forma, exerce a dominação, catalisando em si e no seu entorno as relações de interesses no campo e que geram conflitos.

Ou, como faz pensar Bourdieu (1983), este seria o concorrente do dominador e, enquanto busca estratégias de subversão, da heterodoxia, enquanto ruptura crítica, frequentemente ligada à crise, fazendo com que os dominantes saiam do silêncio, impondo-lhes a produção do discurso defensivo de sua ortodoxia.

A pesquisa procurou identificar no quesito liderança, o perfil do líder dentro do campo pela mediação de indagações a todos os envolvidos, nota-se as respostas obtidas dos médicos.

A maioria dos médicos (04), no universo de 05, não se considera líderes. Apenas um médico afirmou considerar a classe médica líder e que deve dar opiniões nos procedimentos, orientar e apoiar a equipe.

Em relação ao conhecimento do organograma que define as posições no campo, os médicos e enfermeiros, no total de treze agentes, foram unânimes em afirmar que conhecem o organograma do hospital e se identificam dentro do mesmo.

Paradoxalmente, quando os médicos e enfermeiros se depararam com o questionamento sobre quem seria o supervisor formal dos mesmos, três médicos afirmaram não ter e dois garantiram que é o diretor clínico. Já os enfermeiros disseram conhecer quem seria o supervisor. Em relação a quem recorrem em caso de dúvidas, os

médicos não mencionaram e os enfermeiros responderam recorrer ao supervisor

Os paradoxos continuam se revelando, pois ao mesmo tempo em que os médicos não se veem como líderes, informam que possuem autonomia para a redefinição de padrões de rotina, enquanto que os enfermeiros não apresentaram a mesma opinião.

Os médicos afirmam possuir autonomia para redefinição de padrões de rotina, entretanto os gestores/administradores ao tratarem sobre os problemas geradores de conflito no campo destacam: problemas com os plantões (alegam ser muito difícil os médicos cumprirem os plantões adequadamente, pois os mesmos permanecem no quarto de descanso, prejudicando o fluxo no atendimento), dificuldade em cumprir a escala médica, não acatam as sugestões e opiniões da administração, dificuldade de contato com a classe médica.

A mesma questão foi realizada aos médicos e enfermeiros, os resultados mostraram que os seguintes geradores de problemas: pessoas não qualificadas opinando em decisões sobre escalas de plantão (na opinião dos médicos), a escala mensal dos médicos e a ausência dos mesmos nos plantões, devido ao pagamento atrasado (opinião dos enfermeiros).

Quando perguntados se os médicos são colaboradores da administração, os médicos tiveram respostas divergentes: dois responderam que não são colaboradores da administração, um disse que sim e um falou mais ou menos. Os enfermeiros responderam que sim (06).

Na questão: “Situações em que interesses administrativos não coincidem com os interesses da classe médica”, os médicos apontaram problemas na remuneração (atrasos no pagamento), além disso, as escalas e os padrões impostos pela administração, não são bem aceitos.

Médicos e enfermeiros responderam sobre o motivo de médicos e rotinas



administrativas mais burocráticas não combinarem, as respostas foram: desqualificação das pessoas que administram a instituição e problemas de organização (médicos), rotina de trabalho e difícil relacionamento entre médicos e estrutura do hospital (enfermeiros).

Ao serem questionados sobre quanto os médicos e a enfermagem possuem influência direta nas decisões administrativas, seis enfermeiros discordaram parcialmente, enquanto que todos os médicos se mantiveram neutros em relação à questão.

De outro lado, os gestores/coordenadores alegaram que quando percebem um médico ou enfermeiro fazendo algo fora da rotina, comunicam os superiores dos mesmos.

O setor administrativo informou que convoca reuniões para lidar com essa situação, entretanto declara que não pode adotar uma postura muito rígida, pois a estrutura do hospital é precária e todas as áreas possuem impasses.

O mesmo setor considera descumprimento de norma a desobediência a alguma medida imposta e afirmou que chamam os médicos para uma conversa, quando descumprem regras. Mas, dependendo da questão, não poderiam se intrometer na conduta médica e, caso necessário, acessariam o CRM.

Os enfermeiros, muitas vezes, sentem descaso por parte dos gestores e da administração em relação ao controle de rotinas dos médicos e demais funcionários, o que atinge todas as áreas, pois quando uma área não funciona bem, afeta as demais.

Os atendentes e pessoal da limpeza, de forma geral, mencionaram que se um médico adota alguma atitude fora da rotina, procuram relatar a situação aos seus superiores. Um dos entrevistados afirmou: *“procuro informar aos superiores ou a administração. E olha, isso ocorre com muita frequência”*.

As evidências apresentadas são robustas e permitem duas inferências: primeira, nos dois gestores reside a maior quantidade de capital específico, pois existe um organograma, gerando um empoderamento que os coloca no núcleo de dominação do campo. Segundo, o setor dos médicos exerce uma clara e contundente concorrência com os gestores pela mediação de estratégias de subversão da ordem, do habitus que regula e interioriza nos agentes sociais que compõem o campo, as normas exteriorizadas pelo organograma e, conseqüentemente, estes não exteriorizam o comportamento desejado e esperado, não se exterioriza aquilo que não está interiorizado.

No processo concorrencial, os médicos têm a seu favor um acúmulo de capital simbólico brutal em relação a todos os concorrentes no campo. O tipo de capital simbólico de que dispõem é o *Knowhow* na área médica e eles estão inseridos em um campo hospitalar onde se dedica atenção ao valor mais nobre da existência humana, a vida.

Quando o setor administrativo se depara com atitudes dos médicos que afrontam o habitus estabelecido, alegam que não podem adotar uma postura muito rígida, pois a estrutura do hospital é precária e todas as áreas possuem impasses. Visto de outra forma, isto revela a impotência diante do capital simbólico do concorrente.

É esta crise referida que instaura o processo de conflito e relações de poder na gestão hospitalar, afinal o conceito de conflito com o qual se trabalha “começa quando uma parte percebe que outra parte afetou, ou está perto de afetar, negativamente algo pelo qual a primeira parte se interessa” (Robbins, 1999).

Não caberia aqui qualquer juízo de valor em relação ao fenômeno identificado a partir desta pesquisa, em relação aos gestores ou médicos, apenas a constatação do fenômeno que se evidenciou pela mediação do emprego do rigor metodológico fundada na teoria sociológica do filósofo e sociólogo



Pierre Bourdieu e, também, dos autores referenciados que militam no campo do conhecimento em Administração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A guisa de considerações finais, compete um destaque que pode inspirar reflexões e resgata informações do início da pesquisa, os hospitais são organizações prestadoras de serviços e uma relação insatisfatória entre os empregados, influencia negativamente na assistência fornecida ao paciente (Campos & Campos, 1982).

Certos conflitos nas organizações podem ser desejáveis, visto que agregam valor em qualquer tipo de tomada de decisão e podem influenciar de maneira positiva o crescimento da instituição, mas quando não são bem geridos, prejudicam o resultado (Farias et al., 2011).

E, por fim, sob a perspectiva da Saúde Pública, Martins, Meneghim, Martins, & Pereira (2014) mencionam que a qualidade

dos serviços de saúde depende da responsabilidade do profissional e da sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolve. Diante disso, é necessário averiguar as necessidades e as expectativas dos profissionais, sua satisfação com o trabalho e sua visão dos usuários, uma vez que, na organização dos serviços, há uma relação de troca entre os sujeitos e esse relacionamento refletirá na qualidade do serviço.

Concluiu-se a eficiência da aplicação dos conceitos do sociólogo Bourdieu na análise das relações de conflito e poder no ambiente hospitalar; além disso, comprovou-se uma articulação interdisciplinar envolvendo as áreas da Sociologia, Administração e Saúde; e, por fim, dado sua característica interdisciplinar, o estudo possibilitou aos gestores do hospital, em análise, um *feedback* amplo para entendimento e aprimoramento da sua gestão.

REFERÊNCIAS

- Bourdieu, P. (1983). *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero.
- Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A..
- Bourdieu, P. (2005). *A Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Campos, J. D., & Campos, J. D. (1982). *O hospital e sua humanização*. São Paulo: Atlas.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª ed. Porto: Afrontamento.
- Davel, E., & Machado, H. V. (2001). A dinâmica entre liderança e identificação: sobre a influência consentida nas organizações contemporâneas. *Revista de Administração Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 107-126.
- Farias, S. F., Gurgel, G. D., Costa, A. M., Brito, R. L., & Buarque, R. R. (2011). A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1043-1053.
- Jamra, C. C. A., Cecilio, L. C. O., & Correia, T. (2016). Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional? *Saúde em*



- Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 86-94.
- Martins, L. F. V., Meneghim, M. C., Martins, L. C., & Pereira, A. C. (2014). Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. *Revista da Faculdade de Odontologia, Passo Fundo*, v. 19, n. 2, p. 151-158.
- Pacheco, J. M. C., & Gomes, R. (2016). Decision making and senior management: the implementation of change projects covering clinical management in SUS hospitals. *Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 21, n. 8, p. 2485-2496.
- Robbins, S. P. (1999). *Comportamento Organizacional*. 8ª ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros técnicos e Científicos Editora S.A.
- Setton, M. G. J. (2002). A Teoria do Habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro*, v. 20, p. 60-70.
- Vendemiatti, M. (2006). A liderança e o processo de gestão no conflito hospitalar: o embate entre as sub-culturas de especialistas médicos, de enfermagem e administradores. (Dissertação). Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba.
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto E., & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 15, p. 1301-1314.
- Wacquant, L. (2007). Esclarecer o Habitus. *Educação e Linguagem, São Paulo*, v. 10, n. 16, p. 63-71.