

Relação de Poder nos Hospitais: Desafios de administradores hospitalares na relação com os médicos

GUSTAVO CORREIA XAVIER

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
gustavocx@outlook.com

LEANDRO CORREIA XAVIER

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
leandrocx@gmail.com

RAFAEL BRITO MITZCUN

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
rafaelmitzcun@ig.com.br

Relação de Poder nos Hospitais: Desafios de administradores hospitalares na relação com os médicos

RESUMO

Este estudo tem por objetivo verificar como administradores de hospitais privados da cidade de Campina Grande percebem as relações de poder entre sua categoria profissional e a dos médicos proprietários destes hospitais, através de pesquisa qualitativa, com entrevista semiestruturada realizada em 2013 com gestores de três dos seis hospitais privados da cidade, utilizando o modelo de Ferreira, Garcia e Vieira (2010). Os achados permitiram ver que há conflitos, embora exista um elevado grau de gestão profissional, com autonomia e participação nas decisões, bem como bom relacionamento com os médicos.

PALAVRAS-CHAVE: relação de poder, gestão hospitalar, gestão de conflitos.

1. INTRODUÇÃO

Em administração de empresas, existem várias teorias e abordagens que expliquem como as organizações se relacionam, como a institucional, da agência, da contingência, só para citar algumas. Embora o estudo das organizações seja recente, sua presença no mundo não é, já que acontecia de maneira informal.

Assim, com o passar dos anos, este estudo veio ganhando força, e guiou não só a base da administração, mas todo seu escopo, no que tange a prática, o ensino e a pesquisa.

Um dos fenômenos que vem sendo discutido ao longo dos anos é o Poder, que parte do pressuposto que as pessoas tem necessidades e interesses pessoais, e que em alguns casos, vão de encontro ao de outros membros da organização, mesmo trabalhando com objetivo comum. Assim, ocorre a negociação, entre eles, para chegar a um caminho que satisfaça a todos, ou pelo menos a maioria dos membros.

Uma dessas organizações, os hospitais, possui grande complexidade na sua gestão, já que contempla uma gama de processos característicos de diversas áreas, mantém relacionamento com várias instituições e entidades e ainda possui uma concentrada carteira de clientes pagantes. Nele, é possível encontrar conflitos no que tange o relacionamento do proprietário, em geral médico, e o gestor, principalmente devido a importância que o primeiro recebe perante a sociedade.

No contexto da relação de poder na área médica, pesquisas como Cecílio (1997), Cecílio e Moreira (2002), Bernardes et al. (2007), e Ferreira, Garcia e Vieira (2010) apontam a existência de conflitos na relação de poder, o que se configura como um constante desafio para a administração hospitalar. Face ao exposto, o presente trabalho tem como objetivo verificar como administradores de hospitais privados da cidade de Campina Grande percebem as relações de poder entre sua categoria profissional e a dos médicos proprietários. Foram escolhidos hospitais de médio porte, com aproximadamente 120 leitos e 300 funcionários, entre eles médicos e gestores. Este contexto pode ser ambiente privilegiado para a pesquisa.

Para tanto, usou-se uma pesquisa qualitativa, através de uma entrevista semiestruturada, para coletar informações com os gestores, através dos construtos estabelecidos por Ferreira, Garcia e Vieira (2010).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. AUTORIDADE E PODER

Não é de se espantar que, quando se agregam várias pessoas, ocorram conflitos. As pessoas detêm interesses diversos, derivados de objetivos, valores, desejos, expectativas e outras orientações e tendências que guiam as decisões de cada um. (MORGAN, 1995) Neste contexto está incluído a escola do poder, que se caracteriza pelo processo aberto de influência, enfatizando o uso do poder e da política para negociar estratégias favoráveis a determinados interesses (MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000)

Morgan (1995) trata da organização como um sistema político, e por isso parte de interesses divergentes, onde há reconciliação através da negociação. Logo, para que estes acontecimentos ocorram de forma saudável, deve haver alguma forma de oposição, que podem advir do interesse em tarefas (ligados com o trabalho que alguém deve desempenhar), de carreira (aspirações e visões daquilo que o seu futuro deve ser) ou extramuros (personalidades, atitudes próprias, valores, preferências, crenças e conjuntos de comprometimento com o mundo exterior), onde a presença de um desses aspectos não limita a apresentação de outra e as consequências desses aspectos geram uma gama de estilos de

comportamento. Ou seja, para o autor, pode-se analisar a política organizacional de maneira sistemática, com foco em interesses, conflitos e poder.

Estes conflitos são gerenciados tanto pela autoridade legítima quanto pela ilegítima. Para Schein (1982), a autoridade legítima está relacionada na disposição em obedecer às regras, leis ou ordens, pois consentem com o sistema pelo qual se criaram as regras, leis ou hierarquia. A ilegítima, envolve a submissão das pessoas às ordens sem necessariamente poder optar se devem ou não submeter-se, já que não são suficientemente fortes para se auto determinar ou não tem acesso aos recursos que necessitam. O poder, conseqüentemente, está relacionado à autoridade ilegítima.

Um exemplo sobre esta resolução de conflitos é o dilema do prisioneiro, abordado na obra de Motta e Vasconcelos (2006), que envolve a continuidade do relacionamento e interação entre indivíduos, já que os “jogadores” vão se encontrar na organização mais de uma vez, e assim, se optarem por obter mais ganhos individuais, não cooperando com os demais, os outros “jogadores” irão agir com a mesma atitude em reciprocidade, levando-o a ter maior ganho em curto prazo, porém baixo ou nulo ganho em longo prazo. Logo, a melhor estratégia é sempre ajudar, evitando conflitos desnecessários e cooperando com pessoas que cooperam (ou não cooperam, caso haja possibilidade de ganhos futuros), e também adotando uma estratégia estável e comunicando-a claramente para melhor adaptá-la aos outros indivíduos.

Neste entendimento, a gestão de uma organização envolve seguir estratégias de ganhanha na administração de conflitos. Porém, esta visão apresenta crítica por simplificar em demasia as relações sociais e por ignorar aspectos complexos da realidade como fenômenos afetivos, reações defensivas e outros fenômenos menos racionais ou lógicos.

Morgan (1995) diz que o poder influencia quem consegue o que, quando e como, e podem surgir: (i) da autoridade formal; (ii) do controle dos recursos escassos; (iii) do uso da estrutura organizacional, regras e regulamentos; (iv) do controle do processo decisório; (v) do controle do conhecimento e da informação; (vi) do controle das fronteiras; (vii) da habilidade de lidar com incertezas; (viii) do controle da tecnologia; (ix) das alianças interpessoais, redes e controle da “organização informal”; (x) do controle da contra organização; (xi) do simbolismo e a administração do sentido; (xii) do sexo e administração das relações entre os sexos; (xiii) dos fatores estruturais que definem o estágio da ação; e (xiv) do poder que já se tem.

Mintzberg, Ahsstrand e Lampel (2000) dizem que o poder pode ser usado de forma:

- Micro: envolve o uso do poder nas interrelações dentro da organização, envolvendo aspectos individuais das pessoas, como medo, desejo, interesse, sonho etc. Neste momento as pessoas usam de seu poder de barganha, de seu poder de persuasão para negociar a estratégia;
- Macro: envolve o uso do poder nas relações da organização para com o meio, envolvendo bancos, clientes, fornecedores, sindicatos, governos etc.

O poder está em todas as organizações, tanto nas relações internas quanto com o meio, já que todas são formadas por pessoas, e também por terem relações com bancos, fornecedores, sindicatos, governos e várias outras entidades.

Um segmento em particular envolve uma infinidade de relações de poder, talvez em aspectos ainda mais complexos: os hospitais. Estes são uma das poucas empresas que possui em seu interior uma série de processos característicos de outros setores, que leva a crer na existência de um complexo relacionamento entre seus membros, tanto colaboradores quanto partes interessadas. Além disso, mesmo fazendo atendimentos individuais, mantém relação de negócios concentrado em um seleto grupo institucional (planos de saúde e governo).

2.2. PODER NO HOSPITAL

Os hospitais nem sempre foram tão complexos. Até a idade média, sua função era de apoio aos enfermos pobres, já que a medicina não era praticada nestes lugares. A grande mudança passou com o surgimento do fuzil, que demandava treinamento dos soldados, se tornando assim investimentos do governo e precisando ser bem cuidados e protegidos, inclusive com a intervenção médica em hospitais. Em seguida, no século XVIII, surge a necessidade de adequação às normas sanitárias, distribuição de espaço (leitos) de forma equilibrada, bem como a nova função de educação e comparação de casos clínicos. (ZAGONEL 1996)

Devido aos hospitais terem caráter relacionado a saúde, existe uma natural exigência de qualidade em suas variadas funções, como cozinha, lavanderia, serviços de limpeza, manutenção mecânica e elétrica, sistema de informação e processamento de dados, hospedagem entre outros. Seu funcionamento se baseia em uma série de normas e leis, e envolve uma série de profissionais dos mais diversos níveis de educação, como médicos, engenheiros, nutricionistas, administradores, técnicos jurídicos, enfermeiros, entre outros, sejam técnicos, graduados, pós-graduados ou com formação básica. Ainda assim, todos devem seguir padrões de trabalho pré-definidos, seja por agências de regulação, governo ou até pela alta gerência.

Pela complexidade de tarefas e processos, o gestor hospitalar precisa ter uma série de habilidades e conhecimentos, pois para Dussault (1992), existem características que geram exigências particulares em termos de organização e gestão, em atendimentos biofísicos e psicossociais, em clientela diversa (crianças, idosos, homens e mulheres), tipo de problema (agudo, crônico), e principalmente por partir do pressuposto que quase todos os atendimentos são únicos (devido a variações bioquímicas e genéticas das pessoas).

Assim, o gestor precisa ter conhecimentos e atitudes destinadas a sua função, como ter capacidade intelectual para identificar e analisar problemas, habilidade interpessoal que permita enfrentar um ambiente complexo, variável e cheio de limitações. Além disso, deve saber ajustar suas decisões a um contexto particular, recrutar bons colaboradores e saber delegar. (DUSSAULT, 1992)

O mesmo autor afirma ainda que o melhor método de gestão é o mais consensual, ante o autoritário, enfatizando a definição de mecanismos de tomada de decisão que envolva os profissionais tanto para a formulação de objetivos, diretrizes e desvios aceitáveis, quanto para a avaliação de resultados. (DUSSAULT, 1992)

Ainda assim, há duas formas de poder, intrínseco ao ambiente hospitalar. A primeira é a relação entre médicos e outros profissionais. Para Zagonel (2006, p. 80), “desde o início do trabalho estruturado em saúde até o momento no Brasil, o médico é o centro de atenção; como gerenciador da assistência, delega funções parcelares aos outros trabalhadores sob seu controle”. Além disso, frequentemente, os hospitais pertencem a médicos, ou agrupamento destes, e geralmente delegam a administração dos mesmos ao gestor hospitalar, sendo esta a segunda relação.

2.3. AUTONOMIA, RELACIONAMENTO E CONFLITOS

Para abordar as relações de poder entre administradores hospitalar e médico, o modelo teórico de Ferreira, Garcia e Vieira (2010) aponta três dimensões: autonomia, relacionamento e conflitos. Na autonomia, examinam como os poderes são delegados aos administradores hospitalares por médicos e como estes contam com a participação dos administradores na tomada de decisão no que tange a gestão, que quando ocorre falta de autonomia, tanto a qualidade dos serviços prestados quanto o andamento dos processos é prejudicado, conforme apontado no estudo do autor.

A segunda dimensão é pautada pelo relacionamento entre médicos e administradores, analisando assim o respeito às diferenças decorrentes dos diferentes papéis exercidos no espaço hospitalar e conseqüentemente às diferentes atribuições e responsabilidades.

Os conflitos, terceiro construto desta pesquisa, envolve tanto as desautorizações de decisões como qualquer ações geradas por médicos que possam ter o intuito de prejudicar o trabalho e a credibilidade do administrador. Neste item, o autor recomenda ainda que seja analisado prejuízos emocionais e organizacionais decorrentes dos comportamentos mencionados acima.

3. METODOLOGIA

Tendo por objetivo verificar como administradores hospitalares da cidade de Campina Grande percebem as relações de poder entre sua categoria profissional e a dos médicos proprietários de hospitais, foi realizado uma pesquisa de campo exploratória, com entrevista qualitativa semiestruturada, seguindo paradigma epistemológico interpretativista, em três hospitais privados (um deles sem fins lucrativos, em um universo de 5 hospitais privados na cidade de Campina Grande - PB).

Para Myers e Newman (2007), a entrevista qualitativa é vista como um meio relativamente objetivo de adquirir dados, tendo como um dos modelos o dramático, caracterizado pelo entrevistador (denominado ator) empático e respeitoso, que assim evita vários problemas como o receio de embaraço, exploração antiética de informações entre outros. A entrevista semiestruturada conta com um roteiro que é usado pelo pesquisador como base para perguntas planejadas e improvisadas. (MYERS E NEWMAN, 2007)

Dentre limitações do método, é possível afirmar que existem dificuldades, como: artificialidade da entrevista, falta de confiança, falta de tempo, nível de entrada, viés de elite, efeitos Hawthorne, falha na construção do conhecimento, ambigüidade de linguagem, abandono por parte do entrevistador. (MYERS e NEWMAN, 2007)

O instrumento foi baseado em Ferreira, Garcia e Vieira (2010), com três construtos: (i) autonomia, participação, acesso a informações, estabelecimento de diretrizes estratégicas; (ii) relacionamento entre médicos proprietários e administrador (cordialidade, respeito as diferenças, atenção a opiniões, conflito do agente), que neste estudo foram considerados o relacionamento com os médicos, sejam proprietários ou não; (iii) conflitos (desautorização e seus prejuízos emocionais). Para a análise de resultados foi usada a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial-temática.

4. RESULTADOS

A partir da análise dos dados compilados nas entrevistas transcritas, pode-se ter uma visão da percepção dos administradores entrevistados face aos construtos definidos anteriormente. Uma breve descrição do perfil dos entrevistados, entretanto, auxilia o entendimento das opiniões emitidas sobre o tema deste estudo.

4.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O primeiro entrevistado possui graduação e mestrado em Economia pela UFMG e atua na área de administração hospitalar há 6 anos, quando assumiu a função de primeiro secretário em um hospital privado, até então de fins lucrativos. Hoje, já com o hospital atuando sem fins lucrativos, ocupa o cargo de diretor executivo, sendo responsável por rotinas e por controle de procedimentos operacionais (ver descrição do entrevistado). De acordo com o depoimento do entrevistado, é possível perceber claras estruturas de conselho administrativo, conselho fiscal

e uma série de comitês, todas elas com processos e papéis bem definidos, não facilmente visto em outros hospitais pesquisados.

O meu trabalho foca basicamente em controle: controle de pessoal, controle de custos, controle dos processos de pagamentos, dos processos financeiros. Atuo também no planejamento estratégico com a abertura de novos serviços e mais recentemente com relação institucional com secretarias e plano de saúde. (ENTREVISTADO 1, 2013)

O segundo entrevistado é graduado em Administração de Empresas pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), especialista em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar pela Fundação Educacional Jayme de Altavila e em Administração Financeira e Controladoria pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Atualmente é mestrando na Universidade de Lisboa. Atua hoje como professor de gestão de saúde na pós-graduação da FGV e, desde novembro de 2012, como diretor executivo de um hospital privado com o intuito de guiar o processo de profissionalização da gestão deste hospital, até então gerida pelo proprietário e seus filhos.

Aqui exerço hoje a direção executiva desde novembro do ano passado. Entrei dentro de um projeto de profissionalização da gestão do hospital [...] hoje nós estamos numa fase inicial, trabalhando a cultura institucional na transição de uma estrutura familiar para uma profissional, fazendo uma gestão coparticipativa onde eles ainda atuam e eu vou funcionando como um diretor executivo e conselheiro. (ENTREVISTADO 2, 2013)

O terceiro entrevistado possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Nordeste, doutorado em Administração Sanitária e Hospitalar e pesquisadora da Universidade de Extremadura. Atua como professor da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), tem 16 anos de experiência na área de saúde e exerce a função de administrador de um hospital privado, cuja gestão se mostrou bastante profissionalizada com processos bem definidos.

Atuo principalmente na gestão de pessoas, para garantir que todos os processos estejam de acordo com o esperado, envolvendo toda a logística de apoio: secretaria, vigilância, manutenção até o corpo clínico. Todas as segundas-feiras são tratadas todas as resoluções e pendências da semana. E mensalmente é discutido o resultado com a contabilidade e com a diretoria. (ENTREVISTADO 3, 2013)

Conforme perfil acima, todos os entrevistados possuem uma trajetória na área de administração hospitalar, que respaldam as opiniões expostas na entrevista e analisadas aqui de acordo com as dimensões das relações de poder e conflito estudadas nesta pesquisa, que são: autonomia e participação; relacionamento entre os médicos e o administrador; e o conflitos e os prejuízos emocionais.

4.2 AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO

Neste item, apresenta-se a forma como os poderes são delegados no que se refere à autonomia dos administradores e como estes participam das decisões na gestão do hospital.

Percebe-se que os entrevistados se mostraram satisfeitos na forma como os poderes são delegados à eles, uma vez que contam com autonomia para a tomada de decisão para o que são responsáveis. Indicaram ainda que haver um bom acesso as informações necessárias para o andamento de suas atividades.

Foi me dado autonomia pra que eu pudesse resolver grande parte do dia a dia, porém as decisões são compartilhadas, pois eu passo como uma, digamos como uma [pausa] chancela que passa pela presidência que por sua vez avaliza ou não aquele movimento. (ENTREVISTADO 1, 2013)

Quanto a autonomia para exercer o meu trabalho, não sinto resistência. Já conheço os caminhos das pedras, então vejo que não há necessidade de brigar pelo poder. É um trabalho que eu desenvolvo com o objetivo de que eles me passem o bastão.

Tomamos uma postura de não competição. Como eles são os donos, procuro estar alinhado com eles o tempo inteiro. Se não for do conteúdo deles ser dessa forma, vamos agir de forma que eles querem. Nem sempre é a melhor maneira, mas sempre é consensual. (ENTREVISTADO 2, 2013)

Tenho autonomia irrestrita. Nunca nenhuma decisão tomada por uma gerencia e validada por mim será interferida. Não existe interferência da diretoria em contratação, no máximo eles podem encaminhar uma pessoa, entretanto é sempre claro que eu devo avaliar se a pessoa se enquadra no perfil que a empresa precisa ou não. Além disto, eu como administradora, também dou autonomia a todas as gerências, não desautorizando decisões tomadas, mas para que nenhuma atitude seja desfeita, esperamos senso de justiça, bom senso e isenção total. Quando é alguém do corpo clínico que fala de algum aborrecimento, tem que colocar num papel ou por escrito, e é passado para a gerencia responsável. (ENTREVISTADO 3, 2013)

Quanto à participação nas decisões, todos os entrevistados afirmaram ter espaço para contribuir no que lhes cabe, sejam elas administrativas, estratégicas ou até mesmo técnicas.

Há sim espaço para expor minhas opiniões, por exemplo, quando não é possível os setores como farmácia e enfermagem resolverem entre si eles trazem para uma resolução, neste caso há nossa interferência. (ENTREVISTADO 1, 2013)

Sim, há receptividade. Exponho minha experiência, e muitas vezes eles que pedem pra que eu resolva. (ENTREVISTADO 2, 2013)

Todas as segundas-feiras tenho reunião com os três diretores, a pauta é minha, pois eles três são médicos, sobrecarregados, e nesta reunião eu levo só os problemas 90% resolvidos, e os 10% que fogem da minha alçada para resolvermos em conjunto. (ENTREVISTADO 3, 2013)

Percebe-se portanto, que todos os entrevistados tinham ampla participação nas decisões dos hospitais. Entretanto, quanto a autonomia apenas dois dos entrevistados fazem parte do quadro de hospitais que possuem processos bem definidos, o que facilita a delegação de poderes e, conseqüentemente, a autonomia destes administradores. Já o outro entrevistado participa das decisões, porém não usufrui de tanta autonomia, dada a concentração do poder na família proprietária. Neste caso, o administrador é visto como um conselheiro. Ainda assim, na visão do gestor, essa é uma situação inicial do processo de profissionalização da empresa.

4.3. RELACIONAMENTO ENTRE MÉDICOS E ADMINISTRADOR

O que se pretende apontar neste item são as características da gestão relacionadas ao poder e à autoridade, reflexos da qualidade do relacionamento entre médicos e os demais profissionais, mais precisamente envolvendo o respeito e as diferenças enxergadas entre as classes, como diz Ferreira, Garcia e Vieira (2010).

O relacionamento com os médicos é pautado por cordialidade, muitas vezes decorrente de um ambiente profissional que limita desvio de condutas na relação entre os membros da organização.

O relacionamento com os médicos funciona de uma forma cordial, sempre solicitando reuniões e apresentando problemas. (ENTREVISTADO 1, 2013)

Existe sempre prepotência, em algumas especialidades, eles pensam que são Deus, e em outras eles tem certeza. Mas aqui eles não tem terreno para colocar isso em prática. Quando é pra dizer NÃO ou para demiti-lo, aqui é feito olho no olho. Até os

próprios diretores tratam os outros médicos como colegas, e quando eles procuram um dos diretores, são informados que tenho autonomia e que isso deve ser respeitado. (ENTREVISTADO 3, 2013)

Os administradores indicaram haver uma relação de cordialidade e respeito às diferenças e receptividade para ouvir sugestões ou recomendações dos administradores. Demonstração de superioridade foi mencionada apenas pelo terceiro Entrevistado, que alegou existir uma predisposição da classe médica para tal atitude, que acaba sendo podada por um ambiente profissional dotado de regras claras. No hospital de característica familiar, o entrevistado não relatou qualquer dificuldade com a classe médica, o que não significa que este fenômeno não ocorra, uma vez que nos outros hospitais houveram relatos desta situação, apesar de não indicarem possuir alto grau de profissionalização.

4.4. CONFLITOS, PREJUÍZOS E SOLUÇÕES

Neste item, conforme modelo de Ferreira, Garcia e Vieira (2010), busca-se identificar conflitos e seus prejuízos emocionais decorrentes principalmente de atitudes da classe médica que possam prejudicar o trabalho do administrador hospitalar, a exemplo de desautorizações de decisões.

Neste estudo os administradores indicaram que os casos de desautorização são raros e normalmente são resolvidos de forma participativa, minimizando assim os prejuízos emocionais, embora não sejam eliminados completamente.

Nós fizemos um trabalho pra definição dos pontos de estrangulamento e desconfortos para então definir o chamado PBO - Plano Básico Operacional, onde as pessoas sabem as suas atribuições, sabem pra quem que ela está fornecendo e de quem que ela recebe cada serviço. Porém frequentemente algum estudo falha em identificar algum componente. Para estes casos, senta-se com os envolvidos para refazer o planejamento. Isso algumas vezes acarreta em insatisfação por parte da pessoa que tomou a decisão errada no planejamento anterior, mas tenta-se lidar com isso para manter um ambiente harmônico. Algumas vezes corrigi decisões errôneas dos outros e eu mesmo já tive que corrigir decisões minhas. (ENTREVISTADO 1, 2013)

Não tomo nenhuma decisão unilateral, para evitar esta situação de desfazer decisões buscamos resolver em sintonia. Nem sempre é a melhor maneira, mas sempre é consensual. Algumas vezes as expectativas ficam frustradas, tanto de um quanto do outro. (ENTREVISTADO 2, 2013)

Ocorre. Estou, por exemplo, com uma mudança de escala e uma das clínicas que precisa de uma mudança. Rapidamente marcamos uma reunião com todos os envolvidos para chegar a um consenso. (ENTREVISTADO 3, 2013)

Todos os entrevistados relataram existir casos em que diferentes interesses são confrontados e que as soluções ocorrem de forma participativa com todos os envolvidos. Entretanto, é pertinente mencionar que tanto na entrevista 1 como na entrevista 3 se percebe que o consenso ocorre em função do planejamento, enquanto a entrevista 2 dá indícios de que as resoluções são oriundas de determinações da diretoria para cada situação.

Percebe-se então que um dos hospitais tem seus conflitos minimizados em função da centralização do poder por parte dos proprietários, alinhada a um administrador participativo, porém com pouca autonomia. Os outros dois hospitais, que por sua vez dispõem de normas e procedimentos claramente definidos e difundidos, tem seus conflitos muitas vezes resolvidos por meio de revisão do planejamento.

Os resultados desta pesquisa, por tanto, reforçam achados Cecílio (1997), Cecílio e Moreira (2002), Bernardes et al. (2007), e Ferreira, Garcia e Vieira (2010) que apontam para a

existência de conflitos nas relação de poder envolvendo a área médica, o que se configura como um constante desafio para a administração hospitalar.

5. CONCLUSÃO

Analisando de várias perspectivas, os hospitais envolvem grande complexidade. É uma instituição que, dentro dela, ocorrem processos predominantes em outras empresas, além de se relacionarem com várias instituições e entidades diferentes, tanto públicas quanto privadas. Outro ponto de complicação envolve os seus funcionários. Muitos deles são médicos, que recebem grande importância na sociedade, e em muitos casos pode gerar conflitos com a gestão. Por tal motivo, foi visto o seguinte problema: Como é o relacionamento entre médicos e administradores hospitalares?

Com o foco em verificar a percepção dos administradores de hospitais privados de Campina Grande no que tange as relações de poder entre sua categoria profissional e a dos médicos, este trabalho se baseou em pesquisas de campo do tipo qualitativa, além de ter contado com pesquisas nas teorias e abordagens existentes para embasamento teórico.

Através de uma entrevista semiestruturada e análise técnica categorial temática, foi possível identificar a formação dos profissionais, bem como a conduta administrativa e o relacionamento entre gestor e empregador, no que tange os com três construtos: (i) autonomia, participação, acesso a informações, estabelecimento de diretrizes estratégicas; (ii) relacionamento entre médicos e administrador (cordialidade, respeito as diferenças, atenção a opiniões, conflito do agente); (iii) conflitos (desautorização e seus prejuízos emocionais).

Percebeu-se diferenças entre os estudos anteriores e a presente pesquisa, no que tange às dificuldades do administrador inerentes aos conflitos nas relações de poder. Neste trabalho, os pesquisados demonstraram muito mais satisfeitos com a administração hospitalar do que os pesquisados dos demais estudos, tais como Cecílio (1997), Cecílio e Moreira (2002), Bernardes et al. (2007), e Ferreira, Garcia e Vieira (2010).

Vale ressaltar que os achados do presente artigo não implicam em uma melhor gestão nem menor conflito interno, em virtude da existência de possíveis causas que podem levar à omissão de informações. Neste sentido, sugere-se realizar novas pesquisas no que tange a cultura organizacional destas empresas, a visão dos médicos proprietários quanto aos conflitos na gestão ou a visão de outros profissionais da saúde sobre os mesmos conflitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERNARDES, A. et al. **Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 861-870, 2007.
- CECÍLIO, L. C. O. **A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 31, p. 36-47, 1997.
- CECÍLIO, L. C. O.; MOREIRA, M. E. **Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflito: a trama do poder nas organizações de saúde.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 4, n. 36, p. 587-608, 2002.
- DUSSAULT, G. **A gestão dos serviços de saúde: características e exigências.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. FGY. 26(2). abr.jun.1992.
- FERREIRA, Leticia Corrêa Magalhães; GARCIA, Fernando Coutinho; VIEIRA, Adriane. **Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares.** RAM, Rev. Adm. Mackenzie (Online), São Paulo, v. 11, n. 6, Dec. 2010.
- MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce e LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia.** Porto Alegre: Bookman, 2000
- MORGAN, G. **Imagens da Organizações.** São Paulo: Atlas, 1995
- MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia. **Teoria geral da administração.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.
- MYERS, M.D., and Newman, M. **The qualitative interview in IS research: Examining the craft.** Information and Organization (17:1) 2007, pp 2-26.
- SCHEIN, E. H. **Psicologia Organizacional.** Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.
- ZAGONEL, I. P. S. **Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem.** Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 75-80, 1996.