

**Fatores de conflito e produção em uma unidade hospitalar pública****Conflict and production factors in a hospital unit public**

Recebimento dos originais: 30/08/2019

Aceitação para publicação: 25/09/2019

**Francisco de Assis Coelho**

Mestre em Ciências Contábeis e Atuariais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP

Instituição: Universidade de Taubaté - UNITAU

Endereço: Rua Clodoaldo dos Santos Rodrigues, 164 - Jardim Humaitá, CEP 12010-710, Taubaté, estado de São Paulo, Brasil

E-mail: assiscon@unitau.br

**RESUMO**

A qualidade da assistência à saúde é prejudicada, diante do possível conflito entre o corpo clínico e o corpo administrativo dos hospitais. O objetivo deste estudo foi identificar alguns dos fatores que interferem na relação de trabalho entre corpo clínico-médicos e corpo administrativo-gestores de unidades hospitalares. Como método foi aplicado um estudo transversal, realizado em Hospitais do município de Taubaté, vale do Paraíba, estado de São Paulo, Brasil, no período de maio a agosto de 2013, por intermédio da aplicação de questionários aos chefes de clínicas e aos gestores de dois hospitais do município. Os dados foram analisados, dividindo-se em dois grupos, corpo clínico e corpo administrativo. O resultado aponta diversas relações de conflitos entre os dois grupos, com destaque para o grau de importância e atenção que cada um deve dispensar no atendimento aos pacientes, na utilização dos recursos e na diversidade de procedimentos realizados nas unidades hospitalares.

**Palavras-chave:** Conflito de Interesses, Estudos Transversais, Gestão Hospitalar.

**ABSTRACT**

The quality of health care is impaired before the possible conflict between the clinical staff and the governing body of the hospital. The aim of this study was to identify some of the factors that affect the working relationship of the clinical staff, physicians and administrative staff-managers of hospitals. The method was applied to a cross sectional study conducted in Hospitals Taubate, Paraíba Valley, State of São Paulo, Brazil, in the period May-August 2013, through the application of questionnaires to heads of clinics and managers two hospitals in the county. The data were analyzed by dividing into two groups, the clinical and administrative staff. The result shows several conflicts between the two groups, with emphasis on the degree of importance, note that each must dispense to patient care, use of resources and the diversity of procedures performed in hospitals.

**Keywords:** Conflict of Interest, Sectional Studies, Hospital Management.

**1 INTRODUÇÃO**

Os avanços tecnológicos vêm provocando mudanças relevantes no processo de produção em todas as áreas, principalmente na saúde, surgindo ferramentas de gestão, máquinas e ferramentas de diagnose e execução de procedimentos de saúde, medicamentos e materiais que facilitam e contribuem

para o conforto e cura dos pacientes. Tais avanços fazem com que a população acredite na melhoria da qualidade de vida e na erradicação de doenças antes tidas como incuráveis.

A inovação é provocada nas diversas indústrias como processo de evolução pela criatividade, vontade de produzir melhorias para o ser humano. Na indústria da saúde esse processo é chamado de necessidade de busca de soluções para enfermidades, tanto de cura quanto de prevenção.

A evolução tecnológica e econômica impõe adaptações à organização da produção, e há crescente necessidade de controle dos gestores sobre o pessoal operacional-produção. Nesse contexto, encontram-se as instituições de saúde, com destaque para os hospitais, onde o principal produto é a prestação de cuidados e assistência à saúde das pessoas. Sua área de produção é liderada por médicos, profissão que exige alto grau de especialização e relacionamento com os pacientes-clientes, o que dificulta o controle pelos gestores.

As instituições hospitalares são consideradas ambientes complexos, devido à multidisciplinaridade dos profissionais que nelas atuam e também devido à divergência de objetivos. Entre esses grupos estão os médicos (corpo clínico) e a direção (gestores). Os médicos responsáveis pelo operacional-produção buscam prover a melhor assistência possível, independentemente do custo a ela relacionado. Já os gestores buscam obter o equilíbrio econômico-financeiro a partir da recuperação dos custos e da maximização do resultado (BEUREN e SCHLINDWEIN, 2008).

A fim de atender aos objetivos da instituição com eficiência, Farias e Vaitsman (2002) dividem o trabalho, observando a articulação entre indivíduos e grupos. Embora funcionalmente esses grupos devam responder às necessidades operativas da organização, eles tendem a desenvolver interesses específicos, os quais podem dificultar a realização das atividades operacionais e dos interesses organizacionais.

Essa divergência de interesses profissionais gera conflitos entre esses grupos, uma vez que o médico se preocupa com o conforto e cura do paciente, fator de geração de custos, sem se preocupar com a intensidade dos gastos. Do outro lado, o gestor tem como principal função exatamente o inverso, quanto à intensidade dos gastos. Sua função é disponibilizar os recursos para o trabalho do corpo clínico. Esses recursos, materiais ou humanos, resumem-se em recursos financeiros, e sua otimização foge ao controle do gestor, pois a utilização é feita pelo corpo clínico. Com isso, há um desequilíbrio na produção e nas finanças da instituição.

Apesar da evolução das organizações hospitalares, elas ainda estão sujeitas ao poder do corpo clínico e ao controle dos administradores hospitalares. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que interferem na relação de trabalho do corpo clínico e dos gestores de unidades hospitalares, buscando

o entendimento sobre as relações de poder que se estabelecem entre eles, bem como os possíveis conflitos.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 Poder e conflitos entre categorias de profissionais**

O poder refere-se à produção de efeitos intencionais, dependendo, para isso, da relação entre as pessoas. Poder também é definido como capacidade de influenciar outros indivíduos, numa situação em que um sujeito ou grupo impõe sua vontade sobre outro, sendo o processo de influência social intrínseco ao exercício de poder. É a partir desse exercício que uma pessoa induz a outra a modificar seu comportamento (COSTA e MARTINS, 2011).

Ao analisar o exercício do poder individual, Costa e Martins (2011) depararam com o conceito de bases de poder, que são recursos utilizados por um indivíduo para se tornar capaz de influenciar outra pessoa, possibilitando-lhe atingir seus objetivos. A base de poder é composta por seis tipos, a partir da percepção daquele que é alvo do exercício do poder: poder de recompensa, poder de coerção, poder legítimo, poder de referência, poder de perícia e poder de informação.

Considerando o ambiente hospitalar, há uma série de fatores que geram conflitos aos profissionais que nele atuam. Os profissionais do corpo clínico talvez sejam os mais atingidos nesse ambiente. Alguns dos componentes causadores de conflitos são: desproporcionalidade entre o número reduzido de profissionais, excesso de atividades a serem executadas, dificuldade de delimitação dos papéis entre aqueles que formam a equipe técnica e questões relacionadas ao achatamento salarial, que impõem aos profissionais a necessidade de ter mais de um vínculo de trabalho, o que resulta em carga horária longa e desgastante.

Estudos de Costa e Martins (2011) afirmam que existe conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas brasileiras, e apontam que conflito intergrupar e poder estão estreitamente relacionados, quando se consideram as relações de trabalho entre os profissionais da área da saúde. Existem indícios de que esses dois fatores geram consequências negativas para os relacionamentos interpessoais e para o desempenho no trabalho.

O hospital é uma instituição importante nos sistemas de saúde, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados e o poder social da profissão médica. Nele ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, pois ali alguns médicos têm dificuldade em repartir seu poder, aceitar normas de disciplina coletiva, ouvir sugestões ou recomendações. É necessário mudanças nas relações de poder entre corpo diretivo, clínico e técnico administrativo, para melhorar a assistência à população (FERREIRA *et al.*, 2010).

Para Matos (2006), os conflitos podem ser comparados às dores no organismo humano. As dores funcionam como um sinal de alerta, indicando a existência de disfunções orgânicas que, se não forem tratadas, poderá levar o doente à falência dos órgãos. Assim são os conflitos, pois indicam a existência de disfunções operacionais na organização e, do mesmo modo que a dor podem ser aliviados por ação terapêutica adequada. Existem no campo da psicologia e da gestão organizacional várias modalidades de soluções para os conflitos, e, se aplicadas eficazmente, poderão reduzir e até eliminar a situação conflitante. Dessa forma, constata-se que o conflito pode ter um papel de sensor, apontando que há problemas no desempenho funcional de uma organização, motivando as pessoas e grupos envolvidos a resolverem os problemas revelados. Caso contrário, tal como ocorre com a dor, o conflito é passível de apresentar agravamento e exigir procedimento mais radical, para que não ocorra a falência da organização.

Segundo Matos (2006), o bom gestor deve observar e planejar os conflitos, aplicar uma das modalidades de resolução de conflito mais adequada e tirar o máximo de proveito da situação conflitante em benefício dos objetivos da instituição, sem influenciar negativamente nos objetivos do seu oponente.

## **2.2 Cultura organizacional nas unidades hospitalares**

Segundo Bowden e Smits (2012), as culturas organizacionais desenvolvem dentro das instituições uma função de liderança, com impactos sobre dimensões importantes, como a performance e a mudança de gestão. Elas funcionam como o sistema imunológico, quando uma decisão é tomada e implementada, se for percebida como risco aos aspectos básicos e a valorização do organismo, o sistema entra em modo de proteção, provocando uma rejeição à alteração de conduta, o que chamamos de conflito nas organizações.

Buttigieg e West (2013) fizeram uma análise do efeito da qualidade da liderança dos gestores da administração superior, quanto ao apoio social e à relação do trabalho estressante, causadores de tensões em ambiente de hospitais no Reino Unido. Aplicaram um questionário e obtiveram 65.412 respostas. Concluíram que há evidências de que a liderança, a alta administração, faz a diferença para o desempenho das equipes e que os grupos de profissionais têm seus comportamentos influenciados.

Os autores acima definem o apoio social como as relações pessoais que interagem nos grupos de funcionários, para expandir suas capacidades de eliminar o estresse, por aumentar o grau de percepção quanto ao valor de suas contribuições e preocupação com o seu bem-estar. Identificam o ambiente hospitalar como ambiente hostil. A grande sobrecarga de trabalho e esse ambiente hostil são os principais causadores de tensão, que influenciam negativamente os grupos.

Saame *et al.* (2011) afirmam que a cultura organizacional é muito utilizada nas organizações modernas, para analisar os valores, atitudes e crenças externadas pelo comportamento das pessoas em

seus ambientes de trabalho. Ela reflete as opiniões dos membros da organização sobre seus produtos e ou serviços. Tem suas raízes na história e implicitamente influencia na compreensão da organização. Vários estudos têm demonstrado que as organizações de saúde tendem a ser orientadas internamente, valorizando regras e determinações formais, embora a cultura organizacional seja diferente, de acordo com o tipo de hospital. Nos hospitais privados constata-se uma cultura mais de cooperação, já o hospital público é dominado por certo grau de tensão entre os grupos de profissionais.

### **2.3 Conflitos na gestão de hospitais**

Para Vendemiatti *et al.* (2010), as inovações dos processos gerenciais nas instituições hospitalares constituem uma necessidade, tanto do ponto de vista da eficiência, quanto do ponto de vista da competitividade na administração de conflitos derivados do processo de profissionalização dos hospitais. Nesse tipo de organização existe uma dualidade no processo de gestão, orientada por direcionadores que, em alguns momentos, se colocam em posições opostas.

De um lado, é encontrada a liderança do corpo clínico, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, e outros profissionais da saúde, que são tomadores de decisões que envolvem a dimensão do uso de recursos. Essas lideranças tendem a orientar-se pela lógica de sua formação profissional, e são detentoras de poder, tanto em função de seu conhecimento específico, quanto em função do ambiente de urgência e risco. Por outro lado, há os gestores, deslocados das rotinas dos médicos, que ocupam funções que envolvem processos de fornecimento e controle do uso dos recursos utilizados e direcionamento das atividades diárias dos hospitais. Nesse sentido, a estrutura organizacional dos hospitais abriga subculturas com peculiaridades que demarcam campos de poder que se constituem em desafios para o processo de gestão (VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

Entre os diversos conceitos e autores citados por Cecílio (2005), o conflito é sempre consciente, considerando-se que a eclosão e o desenvolvimento do conflito podem ser explicados a partir das funções ocupadas nas estruturas ou das intencionalidades opostas dos decisores que ocupam essas funções, por serem os únicos que podem decidir por um ambiente de cooperação ou por manter o conflito num confronto real. Há conflito, no sentido estrito, quando um ou mais decisores fazem uma apreciação situacional divergente de outro ou de outros decisores engajados na ação.

A tomada de decisão é sempre antes da ação, das atividades diárias, podendo-se afirmar que é composta por intencionalidades. Isso significa que no cotidiano das organizações há uma constante diferença entre o modo de pensar dos distintos decisores, e a sua racionalidade depende da posição que ocupam na organização, do contexto e do grau de acesso às informações pertinentes a cada decisão. Quanto à disposição para a cooperação ou para o conflito, isso depende da formação como indivíduo e profissional de cada decisor, do grau de relacionamento interpessoal e socialização entre os

colaboradores institucionais, da aceitação da cultura organizacional e do respeito pelos agentes potenciais formadores dessa cultura interna da organização.

As decisões nas unidades hospitalares, quanto ao grau de intensidade do atendimento aos pacientes e do uso e qualidade dos recursos, na visão dos gestores (direção administrativa) não tem a mesma importância que lhes atribui o Corpo Clínico (médicos), visto que os primeiros têm a função de suprir os recursos necessários para a produção dos serviços de cuidados aos pacientes, que são avaliados pelo resultado econômico-financeiro da unidade. Já o Corpo Clínico tem a função de confortar e curar o paciente, o que é de difícil mensuração. É avaliado pela satisfação do paciente, independentemente de resultado econômico-financeiro. Essa diferença é um do principal responsável pelo conflito entre esses dois grupos de profissionais, causando tensões nas tomadas de decisões, dificuldades nas atividades diárias e perda de eficiência operacional, o que não beneficia a todos, principalmente a instituição.

Vagheti *et al.* (2011) citam que, nos Estados Unidos da América, a reflexão “Hospital medical staff culture clash: is it inevitable or preventable?” aponta que também existem tensões históricas entre os médicos e os administradores. Ambos os grupos de profissionais estão unidos pelo desejo de oferecer aos pacientes um ótimo atendimento, mas essa intenção é obstaculizada por conflitos decorrentes de uma série de diferentes posições, que estão vinculadas a profundas divisões culturais, quanto à autonomia dos médicos e ao controle efetuado pelos administradores.

A administração dos hospitais públicos e os profissionais mais técnicos, especialmente os da área da saúde, têm visões distintas sobre a condução dessas organizações. Uma delas é voltada às questões gerenciais, e a outra, aos problemas estritamente assistenciais. Essas visões geram certa disputa. Os significados dessa disputa traduzem uma cultura de distanciamento entre os trabalhadores, condicionada pelos diferentes entendimentos sobre a finalidade e o produto final do trabalho nos hospitais, ocasionando sérias rupturas nos processos de trabalho, mesmo que todos almejem a otimização do atendimento hospitalar (VAGHETTI *et al.*, 2011).

A gestão de serviços de saúde é uma prática administrativa complexa, em decorrência da amplitude desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes.

Gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações. Para isso, ela tem que encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis, para atingir os seus objetivos. Encontrada essa combinação, ela é institucionalizada por meio da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos. Toda essa construção é concebida visando obter um funcionamento otimizado em um contexto complexo, que exige tomada de decisões para dar respostas às situações, a fim de manter o

funcionamento ou melhorar os níveis de eficiência e eficácia dos serviços (TANAKA e TAMAKI, 2012).

### **3 MÉTODO**

O presente estudo tem abordagem qualitativa. Trata-se de pesquisa descritiva, quanto aos fins, e Survey, quanto aos meios. O instrumento de investigação foi a entrevista com questões estruturadas (MIGUEL, 2007).

O universo de pesquisa foi constituído pelos Administradores Hospitalares, pelo lado dos Gestores, já o corpo clínico foi composto pelos Diretores da área médica e Chefes de clínicas dos Hospitais, no município, que prestam serviços para o SUS: um Hospital Regional integrado ao Hospital Universitário, que atendem a região metropolitana do vale do Paraíba, interior do estado de São Paulo, Brasil.

A amostra envolveu onze profissionais das organizações, sendo seis médicos – Corpo Clínico – e cinco gestores administrativos – Corpo Administrativo. Os sujeitos foram escolhidos por acessibilidade, de forma estratificada, procurando contemplar as funções estratégicas, que englobam a gestão administrativa de pessoas, de controladoria e financeira, e as funções operacionais, que envolvem a gestão técnica das Clínicas, departamentos em unidades hospitalares, geridas por profissionais médicos especializados.

O instrumento de pesquisa aborda questões relacionadas ao grau de importância que os profissionais devem dispensar em determinadas atividades que podem aumentar a quantidade de atendimento aos pacientes e melhorar o resultado econômico-financeiro. Isso sem prejudicar a qualidade dos serviços ou comprometer a responsabilidade do profissional de saúde, na identificação de possíveis conflitos entre o processo decisório e liderança.

Nas entrevistas não foram identificados os respondentes, apenas sua área de atuação, tomando-se o cuidado de respeitar a individualidade. Foram realizadas em momento e ambientes discretos, sem a participação ou conhecimento de outras pessoas. Foram utilizadas escalas ordinais de zero a dez, estruturadas com opções de intervalos de dois, segundo o grau de importância que o profissional deve dispensar ao desempenhar suas funções. O grau zero significa que aquela afirmação (pergunta) não tem qualquer importância para o profissional, ou seja, não precisa dispensar qualquer atenção naquele sentido. Já o grau dez significa que aquela afirmação (pergunta) é de muita importância ao profissional, que deve dispensar atenção ao executar suas tarefas diárias.

#### 4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra os resultados estatísticos da pesquisa, possibilitando extrair importantes conclusões das afirmações dos grupos de profissionais, cuja maioria absoluta aponta para um alto grau de oposição na dispensa de atenção durante a execução de suas atividades, e, consonância com os objetivos profissionais de cada grupo.

De forma geral os resultados obtidos na pesquisa apontam para uma confirmação das publicações citadas no referencial teórico sobre o tema, quanto aos objetivos de cada grupo profissional e a forma como os trabalhos são conduzidos institucionalmente, o que gera tensões internas e reflete negativamente no desempenho das funções e, por consequência, no atendimento aos pacientes e nos resultados econômico-financeiros das unidades hospitalares.

**Tabela 1.** Resultado do questionário aplicado pelos autores

Afirmação	Mediana		Média		Moda		Desvio Padrão	
	CC	CA	CC	CA	CC	CA	CC	CA
A1	10	4	8,8	4	10	6	1,789	2,309
A2	10	7	8,4	7,5	10	10	2,191	1,915
A3	10	9	8	8,5	10	8	4,472	1,915
A4	2	2	3,6	3	0	0	4,336	3,830
A5	0	1	2	2	0	0	2,828	2,828
A6	10	4	8	5	10	2	2,828	3,830
A7	2	5	2,8	4,5	0	8	3,033	4,123
A8	8	10	8	9,333	10	10	2,449	4,761
A9	10	6	10	6	10	6	0,000	1,633
A10	2	6	3,2	5,5	0	6	3,633	2,517
A11	8	3	8	4	4	2	2,449	2,828
A12	10	2	9,6	1,5	10	2	0,894	1,000
A13	4	7	4	7	4	6	3,742	2,582
A14	6	7	4,4	7,5	6	6	3,286	1,915
A15	2	5	4	5,5	2	2	4,690	3,416
A16	8	4	7,6	4,5	8	4	3,286	1,000
A17	0	6	3,6	6,5	0	6	4,980	1,000
A18	4	6	5,6	7,333	2	6	4,099	4,123
A19	4	4	4	5	8	4	3,162	3,464
A20	8	10	8,4	9,5	8	10	1,673	1,000
A21	4	4	4,8	4	4	4	3,633	1,633

Fonte: Autor

Conforme a Figura 1, as afirmações A1, A6, A9, A11, A12 e A16 destacam-se pela alta importância dada pelo corpo clínico. Numa escala de zero a dez, está entre 7,6 e 10,0. A média dessas afirmações ficou em 8,67. Em comparação, o corpo administrativo apresenta baixa importância, entre 1,5 e 6,0, e a média foi de 4,17. Essas afirmações são referentes ao número de atendimentos mínimo, ou seja, o profissional deve dispensar a máxima atenção aos pacientes (A1). Questões as prescrições, se

devem indicar o medicamento específico ou a composição química necessária para a cura ao paciente (A6), determinam que a qualidade deve ser o critério para decidir as comprar de medicamentos e materiais médicos (A9). O número de atendimentos é o objetivo principal em unidades hospitalares (A11); quanto maior a diversidade de procedimentos, melhor (A12). A cultura organizacional de unidades hospitalares é positiva e tem como ator o corpo clínico (A16).

Por outro lado, as afirmações de A10, A13, A14 e A17 destacam-se pela alta importância dada ao corpo administrativo, entre 5,5 e 7,5, e a média, em 6,62. Em comparação, o corpo clínico apresenta baixa importância, entre 3,2 e 4,4, e média de 3,8. Essas afirmações correspondem aos seguintes fatores: o custo deve ser o critério para decidir compras de medicamentos e matérias médicos (A10); a direção administrativa apoia o corpo clínico a encontrar soluções criativas, a criar grupos de estudos internos para melhorar e facilitar o fluxo de atendimento aos pacientes e se envolve positivamente na gestão e dificuldades do corpo clínico (A13, A14 e A17).

A afirmação de que o corpo clínico deve dispensar atenção para a taxa de permanência do paciente (A3) teve pontuação de grau de importância muito próxima, com média 8,0 para o corpo clínico e 8,5 para o corpo administrativo. Isso representa uma novidade, pois, enquanto diversas afirmações são opostas, nesta afirmação os dois grupos entendem que o corpo clínico deve dispensar muita atenção para o tempo de permanência dos pacientes nas unidades hospitalares. Embora o motivo não tenha sido objeto da pesquisa, foi colocado pelos profissionais da área de saúde que o médico deve acompanhar o paciente e preocupar-se com sua estada no hospital, devido ao alto grau de risco de contaminação. Já o corpo administrativo afirma que se trata de função específica de profissionais de saúde, e que o médico é o especialista responsável. Isso pode resultar em menor taxa de permanência do paciente e, por consequência, em maior giro, resultando em ganho de escala, devido ao sistema de reembolso do SUS e aos gastos fixos.

Embora das vinte e uma afirmações, vinte tenham apontado situações opostas, entre os dois grupos, em maior ou menor grau de importância, a afirmação de que a intensidade dos cuidados aos pacientes depende do reembolso (A5) teve a mesma pontuação para ambos os grupos, grau de importância 2,0. Isso significa que os dois grupos interpretam que não devem dispensar atenção para a intensidade dos cuidados aos pacientes considerando o valor do reembolso, o que não seria novidade na resposta do corpo clínico. No entanto, contraria outras afirmações, principalmente a afirmação A1 e a justificativa para as respostas da afirmação A3, mencionada acima.

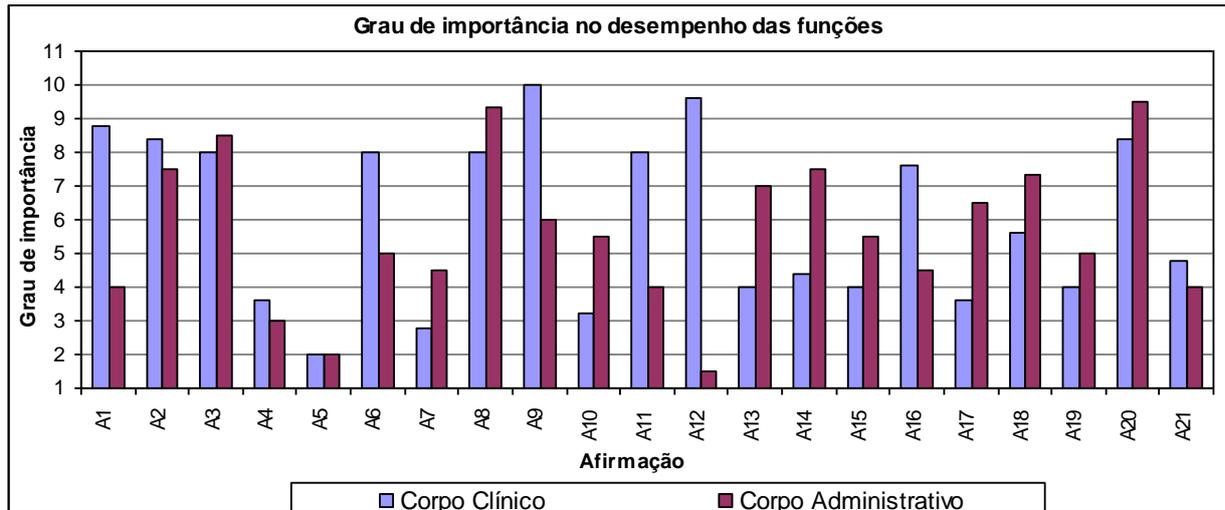


Figura 1. Comparação gráfica das afirmações dos profissionais. Fonte: Autor.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as instituições estudadas neste artigo sejam do mesmo tipo, elas têm singularidades ambientais que as diferem umas das outras. A pesquisa procurou explorar pontos que tendem a ser comuns às unidades hospitalares públicas, tendo clareza de que os problemas discutidos apresentam diferentes graus de intensidade em cada instituição específica.

As afirmações analisadas com base nos dados obtidos mostram as opiniões e percepções sobre as relações de responsabilidades e dever de dispensar maior ou menor atenção nos assuntos de produção institucional. Há divergência de critérios de tomada de decisão quanto ao desempenho das funções no que tange ao grau de uso dos recursos e intensidade de cuidados aos pacientes, causando certo conflito, que diminui ou elimina a sinergia entre os grupos de profissionais e, por consequência, os resultados econômico-financeiros das unidades hospitalares.

O corpo administrativo tem a responsabilidade de estabelecer e acompanhar os processos de controle que necessitam responder à eficiência das atividades; mas, ao mesmo tempo, devem ser adequados e compatíveis com os objetivos do corpo clínico, que só adota os procedimentos que considera compatíveis com o exercício de sua profissão. Esses fatores compõem uma base suficiente para originar conflitos relativos ao controle da gestão, divergência de interesses e desigualdade de tratamento entre os membros dos grupos.

Destaca-se que foram encontrados alguns fatores de conflito no ambiente de trabalho, entre o corpo clínico e gestores, com destaque para o grau de atendimento, de atenção aos pacientes e diversidade de procedimentos, que evidenciaram a existência de conflitos.

**REFERÊNCIAS**

- BEUREN, I. M.; SCHLINDWEIN, N. F. *Uso do custeio por absorção e do sistema RKW para gerar informações gerenciais: um estudo de caso em Hospital*. Revista ABCustos Associação Brasileira de Custos, 3(2): 24-47. 2008
- BOWDEN, D. E.; SMITS, S. J. *VIEWPOINT Managing in the context of healthcare's escalating technology and evolving culture*. Journal of Health Organization and Management, 26(2): 149-157. 2012.
- BUTTIGIEG, S. C.; WEST, M. A. *Senior management leadership, social support, job design and stressor-to-strain relationships in hospital practice*. Journal of Health Organization and Management, 27(2): 171-192. 2013.
- CECÍLIO, L. C. O. *É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?* Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2): 508-516. 2005.
- COSTA, D. T.; MARTINS, M. C. F. *Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico*. Revista da Escola de Enfermagem - USP, 45(5):1191-1198. 2011.
- FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. *Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5): 1229-1241. 2002.
- FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. *Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares*. RAM, Revista Administração Mackenzie, 11(6): 31-54. 2010.
- MATOS, M. A. *Negociação e conflitos*. Palhoça-SC: UnisulVirtual, www.virtual.unisul.br, acesso 23 de agosto de 2013.
- MIGUEL, P. A. C. *Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução*. Revista Produção, 17(1): 216-229. 2007.
- SAAME, L.; REINO, A.; VADI, M. *Organizational culture based on the example of an Estonian hospital*. Journal of Health Organization and Management, 25(5): 526-548. 2011.
- TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. *O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(4): 821-828. 2012.

VAGHETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; COSTA, C. F. S. *Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos*. Revista Acta Paulista de Enfermagem, 24(1): 87-93. 2011.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F. J. *Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15(1): 1301-1314. 2010.