



## INFORMATIONAL ARTICLE

### POWER CONFLICTS AMONG HEALTH PROFESSIONALS

#### CONFLITOS DE PODER ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

#### CONFLICTOS DE PODER ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

*Iana Bezerra Lima, Luís Othon Bastos*

#### ABSTRACT

This study to aim carry through a theoretical analysis on the power conflicts in the human relations, in the organizations and, particularly its implications in the relations among health professionals, stimulating the revision of attitudes on the profession exercise, aiming at patient's satisfaction with the professional and better quality of the interaction professional/patient. Relationship models professional/patient was emphasized and the trend of humanization of the service given in the health units. Amongst others analyses, we showed the conflict is a fact in any interpersonal relationship and, in the work place, it is a natural and expected phenomenon that, when administered constructively, can strengthen the relations. The work environment without the creativity and the progress resulting from the conflicts is boring. The ignored conflict has a tendency to aggravate. Soon, it is suggested they take steps and when the positive confrontation is used, be administered. **Descriptors:** conflicts; power; health; professional; patient; hospital.

#### RESUMO

Foi objetivo desse estudo realizar uma análise teórica sobre os conflitos de poder nas relações humanas, nas organizações e, particularmente, suas implicações nas relações entre profissionais de saúde, estimulando a revisão de atitudes durante o exercício da profissão, visando à satisfação do paciente com o profissional e melhor qualidade da interação profissional/paciente. Enfatizou-se modelos de relacionamento profissional/paciente e a tendência de humanização do serviço prestado em unidades de saúde. Percebeu-se que o conflito é um fato em qualquer relação interpessoal e, no local de trabalho, é um fenômeno natural e esperado que, quando administrado construtivamente, pode fortalecer as relações interpessoais. O ambiente de trabalho sem a criatividade e o progresso decorrentes dos conflitos é entediante e pouco criativo. Logo, sugere-se que medidas sejam tomadas e a confrontação positiva, seja administrada. **Descritores:** conflitos; poder; profissionais; saúde; paciente; hospital.

#### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue realizar un análisis teórico sobre los conflictos de poder en las relaciones humanas en las organizaciones, y particularmente sus implicancias en las relaciones entre los profesionales de salud; estimulando una revisión de actitudes durante el ejercicio de la profesión, teniendo como objetivo la satisfacción del paciente con el profesional y mejor calidad de interacción profesional/paciente. Se enfatizaron modelos de relacionamiento profesional/paciente y la tendencia de humanización del servicio prestado en las unidades de salud. Se encontró que el conflicto es un hecho en cualquier relación interpersonal y en el lugar de trabajo, es un fenómeno natural y esperado que, cuando es administrado de manera constructiva, puede fortalecer las relaciones. El ambiente del trabajo sin la creatividad y el transcurrir de los conflictos es tedioso y poco creativo. Sugiriéndose que medidas sean tomadas y la confrontación positiva sea administrada. **Descriptor:** conflictos; poder; profesional; salud; paciente; hospital.

Psicóloga. Especialista em Gestão Hospitalar. Pós-graduada em Terapia de Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Consultora de empresas. E-mail: [raio\\_soll@hotmail.com](mailto:raio_soll@hotmail.com); <sup>2</sup>Engenheiro. Administrador. Mestre em Administração de Empresas. Consultor de empresas. Professor da Graduação e Pós-graduação da Universidade de Pernambuco e das Faculdades Integradas do Recife, Recife, Brasil. E-mail: [othonbastos@hotmail.com](mailto:othonbastos@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

Há escassez de estudos envolvendo conflitos de poder na relação de profissionais de saúde sob o ponto de vista do paciente, apesar de sua relevância. A lacuna existente no meio científico merece maior atenção devido à crescente importância, valor e contribuição para o seu entendimento.

Nos últimos 20 anos este tema tornou-se particularmente importante, quando os dirigentes de hospitais passaram a observar com empenho o quanto os conflitos estavam dificultando a relação do profissional da saúde/profissional da saúde/paciente, pondo em risco a qualidade do tratamento oferecido aos pacientes. Este processo conflituoso gera mal-estar entre os profissionais e nos pacientes em relação aos profissionais. Deste modo torna-se *mister* a busca de soluções para que se possa minimizá-los, com o propósito de se obter melhor convivência na relação entre profissionais e pacientes.<sup>1,2</sup>

Resgatar a cultura para o centro das relações estabelecidas entre indivíduos é um esforço que desencadeia uma série de conflitos na maneira como esse relacionamento será concretizado. Na esteira desse fenômeno, vem ganhando notoriedade a proposta de serviços de saúde que sejam culturalmente sensíveis, no sentido de qualificar profissionais de saúde e instituições voltadas para satisfazer as necessidades dos pacientes. Os serviços se preparam para melhor acolher os pacientes que apresentam demandas de saúde.<sup>1,2</sup>

Por sua vez não se deve perder a perspectiva da contribuição que se pode dar à sociedade ao oferecer atenção aos serviços de saúde de alta qualidade. É importante minimizar a supervalorização da posição dos cargos exercidos nas instituições, os conflitos de relacionamentos, tentando focar a integridade e humanização do cuidado com a saúde. É preciso ouvir o paciente, perceber as diferenças culturais e adaptar a prática cotidiana. Isto também significa qualidade.<sup>1,2</sup>

Embora a idéia não seja nova, requer atenção especial, pois o mundo oferece maiores desafios, tanto pela diversidade cultural como pela complexidade dos conflitos de poder nas relações interpessoais.<sup>1,2</sup> Assim, faz-se necessário que os profissionais da saúde tenham não apenas competência técnica, mas sejam igualmente competentes para reconhecer as diferenças internas em cada subgrupo que compõe a sociedade.

Diante do exposto, justifica-se o nosso interesse pelo tema em questão, que despertou na vida profissional motivação para se buscar maiores informações sobre essas reações, devido à oportunidade de um dos autores desse estudo vivenciar no cotidiano de um Hospital Escola Federal, para o qual se trabalha desde fevereiro de 2005. Por outro lado, este estudo poderá contribuir para que se possa conduzir o paciente ao centro da relação com os serviços de saúde, superando a visão tradicional da relação equipe de saúde/paciente, partindo para uma relação efetiva entre sujeitos, onde se tem que conhecê-lo melhor, respeitá-lo e permitir adaptações da prática profissional.

Nesse estudo o objetivo foi realizar uma análise sobre os conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde esperando gerar reflexões, individuais e coletivas, que estimulem a revisão de atitudes durante o exercício da profissão, visando a promover satisfação do paciente com o profissional; também, melhorar a qualidade da interação profissional/paciente e ainda promover a reflexão crítica – o questionamento ético – acerca das informações apresentadas evidenciando a importância da qualidade das interações que devem se desenvolver no processo dos diversos cenários do cotidiano de trabalho.

### • Conflitos nas organizações

O conceito de conflitos é definido como uma forma de interação entre indivíduos, grupos, organizações e coletividades que indica choques para o acesso e a distribuição de recursos escassos.<sup>3</sup> Nos sistemas sociais específicos, observa-se que o conflito surge “quando há uma dependência assimétrica ou desequilibrada entre as unidades com o respeito a uma tarefa”<sup>4:109</sup>, situando-o, portanto no âmbito do trabalho na organização. Por outro lado, há de se ver que a base dos conflitos pode se situar na estrutura de recompensas financeiras e de status social.

Alguns tipos de conflitos apresentam características comuns: a dimensão, entendida como número de participantes do conflito; a intensidade, avaliada pelos graus de envolvimento dos indivíduos; e os objetivos que podem envolver mudanças no e do sistema, e que somente podem ser analisados na base do conhecimento mais profundo da sociedade concreta em que vários conflitos emergem e se manifestam.

Entre outras correntes sobre o pensamento da visão conflitual da vida social, duas se

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

destacam: a corrente marxista que coloca no centro de suas atenções a luta de classes considerando este conflito o cerne e a origem de todas as demais e defendendo desta forma, que é na base econômica da sociedade que estão às raízes do conflito social; e a corrente liberal e algumas revisões marxistas, que põem em relevo a instância superestruturada, onde ocorrem as bases do conflito.<sup>3</sup>

As diferenças entre as pessoas não podem ser consideradas inerentes, boas ou más. Algumas vezes, trazem benefícios ao grupo e ao indivíduo, produzindo eficiência, outras vezes, prejuízos, reproduzindo a ineficiência. Visto por um prisma mais amplo, as diferenças podem ser consideradas intrinsecamente desejáveis e valiosas, pois propiciam riqueza de possibilidades com opções de reagir a qualquer situação/problema.<sup>3</sup>

A evolução capitalista, e sua forma predominante de organização – a burocrática – mostra que a propriedade e o controle dos meios de produção não são indissociáveis, e que, ao contrário do que imaginava Marx, o segundo é um fator mais ligado ao poder, e muito mais dominante e essencial ao conflito de classes. Weber enfatizou a estrutura burocrática como forma de dominação, o que veremos mais adiante em detalhes quando estudarmos as relações de poder.<sup>3</sup>

Ao serem explicados, os conflitos na sociedade, nega-se que sua origem seja de predomínio psicológico, fruto de desejo, emoções e vontades. Por outro lado, existe uma fonte permanente de conflito na sociedade que são as chamadas fontes estruturais dos conflitos sociais (diferente do que pensava Marx), não é a propriedade dos meios de produção, mas a distribuição desigual da autoridade que, mais do que desigualmente repartida entre as pessoas e os grupos – por meio de cargos ocupados na sociedade.<sup>3</sup>

O conflito tem uma visão pluralista, onde os elementos participantes da organização procuram satisfazer seus diversos interesses, originando, deste modo, o conflito, que passa a ser considerado um fenômeno intrínseco à própria vida organizacional. O conflito organizacional em três níveis: pessoal, interpessoal e grupal. Refere-se, também às fontes geradoras de conflitos nas organizações: a estrutura organizacional, em particular na diferenciação vertical e de tarefas, os papéis organizacionais, as atitudes, os estereótipos e os recursos escassos.<sup>5</sup>

Em sintonia com a concepção sobre grupos de interesses nas organizações, onde não há

prioridade de aparatos estruturais, os desentendimentos, as hostilidades e as atitudes negativas, na explicação da natureza do conflito intergrupal, “o conflito entre os grupos ocorre quando as atividades de um grupo colidem com as atividades de outro grupo”<sup>6:86</sup>. Sob esta concepção, a competição por recursos escassos, os obstáculos à autodeterminação do grupo e diferenças nas concepções básicas, são as fontes das atividades geradoras do conflito. As necessidades ou interesses semelhantes entre grupos funcionam como razões para o desencadeamento dos conflitos nas organizações.

*[...] alguns conflitos são principalmente psicológicos, os membros do grupo tem sentimentos negativos, freqüentemente infundados a respeito dos adversários e agem em função do que seus rivais fariam. Outros conflitos são manifestamente ação de enfrentamento. Uns são breves, outros longos. Uns são destrutivos, outros, fontes de desejáveis mudanças. [...].<sup>6:87</sup>*

Esta forma de perceber a realidade organizacional concebe as organizações como sistemas fechados em que se contabiliza *a priori* um *quantum* de poder ou ganhos, definidos e estáticos.

Em grupos de trabalho nas organizações, as diferenças individuais trazem naturalmente diferenças de opiniões, expressas em discordância quanto a aspectos de percepção da tarefa, metas, meios ou procedimentos. Essas discordâncias podem conduzir a discussões, tensões, insatisfações e conflito aberto, ativando sentimentos e emoções mais ou menos intensos, que afetam a objetividade, reduzindo-a ao mínimo e transformando o clima emocional do grupo.<sup>7</sup>

#### • Tensão e conflito interpessoal – vantagens e desvantagens

Partindo das divergências de percepção e idéias, as pessoas se colocam em posições diferentes, caracterizando assim, uma situação conflitante. O conflito em si, não é patológico nem destrutivo; pode apresentar conseqüências funcionais e disfuncionais, a depender de sua evolução, intensidade, contexto e forma como é tratado.<sup>7</sup>

Os conflitos têm funções positivas, prevenindo a estagnação decorrente do equilíbrio constante da concordância, estimula o interesse e a curiosidade pelo desafio da oposição, descobre problemas e demanda sua evolução.<sup>7</sup> Antes de pensar numa maneira de lidar com os conflitos, é importante e conveniente procurar compreender a dinâmica do conflito e suas

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

variáveis para alcançar um diagnóstico razoável de situação.

As divergências interpessoais geralmente passam por cinco etapas, que apresentam dificuldades crescentes para a sua resolução: antecipação, conscientização, discussão, disputa aberta e conflito aberto. A última etapa indica uma orientação de ganha-perde ou de acomodação por negociação de barganha. Cada pessoa tenazmente defende e aplica seus argumentos e poder.<sup>7</sup>

A repressão, no entanto sempre custa alguma coisa em termos psicológicos, apesar das diferenças serem importantes para as pessoas envolvidas. Os sentimentos podem tornar-se intensos e se não forem expressos, e acabam sendo canalizados indiretamente para alvos seguros, que recebem toda a carga de frustrações e hostilidade, perturbando igualmente a produtividade do grupo ou das pessoas envolvidas na situação conflitante.<sup>7</sup>

Diferenças do ponto de vista dos sentimentos não desaparecem simplesmente por serem reprimidos ou ignorados por outrem. Continuam sob a superfície, onde o conteúdo da discussão não é tão importante quanto à forma ou processo de discussão, isto é, as idéias são combatidas, não pelo seu mérito e sim por quem apresentou ou defendeu. Os conflitos latentes, resultantes de repressão, não estão resolvidos, ficam afastados sob pressão e, por isso, continuam presentes como teor energético, que cresce até emergir, indireta ou diretamente, em ocasiões inoportunas, sem controle, trazendo sérios riscos a pessoas, ao grupo e a organização.<sup>7</sup>

Os riscos de incrementar diferenças para eclosão do conflito são grandes e os custos potenciais psicológicos também são elevados. O conflito atrai energia das pessoas envolvidas e pode danificar sua eficácia futura. No calor das discussões, palavras são ditas, que deixam cicatrizes douradoras e profundas ou nublam suas relações para sempre.<sup>7</sup>

#### • Relações de poder

O poder é concebido como a capacidade de agir do indivíduo, mas como a capacidade de determinar o comportamento de outro indivíduo. É o exercício do poder do homem sobre o homem.<sup>3</sup>

Posteriormente, o conceito de poder foi ampliado não só para interpretar as ações, mas para também considerar o papel dos agentes coletivos capazes de exercer poder sobre os indivíduos ou os grupos. “O poder é um ato”<sup>4:45</sup> e abordando-o desta forma, a análise pode deter-se a investigar os

resultados de um ato de poder que pode originar dentre outros fenômenos a obediência ou conflitos.

Tendo as relações de poder maior relevância entre os indivíduos, emerge uma questão importante para a investigação dessas próprias relações: o papel do receptor. O receptor é o indivíduo sobre o qual o poder é exercido e que é determinado na identificação do tipo e da forma de ocorrência do ato de poder.

As diversas concepções de poder divergem ainda quanto à identificação dos elementos e fatores que provocam o acontecimento de um fenômeno de poder. Assim, a maioria dos autores concorda sobre a divisão entre uma categoria simétrica de poder, que ressalta o caráter benigno e comunal deste, e em que se acredita na capacidade do homem de realização coletiva e harmoniosa perseguindo objetivos consensualmente determinados, e uma categoria assimétrica de poder, que pressupõe relações sociais, políticas que apresentam sinais de resistência e conflito.<sup>3</sup>

A categoria simétrica de poder – acreditaram Platão e Aristóteles que em sua idéia de Polis – imputavam à comunidade a detenção do poder político. A categoria assimétrica de poder é adotada por grande parte dos cientistas sociais e abrange três enfoques: a obtenção de aquiescência ou controle, a relação de dependência e a desigualdade.<sup>3</sup>

O poder interpretado sob o enfoque da desigualdade encerra uma noção que focaliza as capacidades diferenciais dos atores no sistema para assegurar as vantagens e os valiosos atores, porém escassos.<sup>8</sup> Nesta perspectiva, não é necessário que o receptor do ato de poder seja dependente ou aquiesça para que o poder se exerça.

O poder interpretado sob o enfoque da relação de dependência é aquele que potencializa as relações de dependência entre os atores sociais. Enfatizam na análise os tipos e as formas como obtém e sustentam as relações de dependência entre o sujeito e o objeto do ato de poder.

O poder interpretado sob o enfoque da aquiescência ou controle, enfatiza o predomínio da vontade de uns sobre a vontade do outro. O poder implica inevitavelmente em resistência e conflito, sendo fundamental e sua análise o grau no qual a existência do poder se faz sentir.

O poder representa a probabilidade de que um ator em uma relação social possa realizar sua própria vontade apesar da resistência,

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

independentemente da base na qual essa probabilidade repousa.<sup>9</sup>

A classificação Weberiana de poder é estabelecida em estreita relação com o conceito de autoridade. Para Weber, enquanto poder exige o emprego da força, a autoridade representa uma forma de poder que não implica no uso da mesma.

A influência da contribuição Weberiana ao estudo do poder nos aproximará da perspectiva do conflito que pressupõe a multiplicidade de objetivos dos indivíduos nem sempre convergentes com os objetivos da organização. Esta linha de raciocínio nos levaria posteriormente a discutir a importância dos estresses dos indivíduos e dos grupos e a geração das situações de conflito, como algo inerente às organizações.<sup>3,10</sup>

Além dos processos organizacionais, compõem a estrutura das organizações os elementos formais, tais como a divisão hierárquica de trabalho e os níveis de autoridade e controle.

Na divisão do trabalho nas organizações, as relações de poder geralmente investigadas, são aquelas que se estabelecem na diferenciação vertical. Contudo devemos relevar as relações de poder que acontecem no plano de diferenciação horizontal. Neste, os conflitos que surgem entre os grupos ou departamentos favorecem o recrudescimento das normas de controle, em grupos de desigualdades, dependência e aquiescência.<sup>4</sup>

Uma tipologia com base em quatro aspectos cruciais que representam as fontes de poder nas organizações:

1 – O cargo ou a posição na estrutura da organização.

2 – Características pessoais determinantes, como o carisma.

3 – A especialização (fonte e base de poder, que os indivíduos trazem com ele para a organização por meio da formação profissional).

4 – Oportunidade ou combinação de fatores que oferece ao indivíduo oportunidades de utilizar suas bases de poder.<sup>4:96</sup>

As fontes de poder são valorizadas, como aquilo que torna possível seu exercício. Outra tipologia é proposta, fundamentada em fatores como à *personalidade (carisma)*, marcadamente uma característica pessoal que facilita o acesso e o exercício do poder; a *propriedade ou riqueza (tradição)*, que facilita a submissão de outrem pelo poder

econômico; e a *organização (burocracia)*, fonte de maior potencial na sociedade para que um indivíduo ou grupo alcance e exercite seu poder.<sup>10</sup>

Pode-se considerar outra fonte de poder organizacional: a autoridade formal, o controle de recursos escassos, o uso da estrutura organizacional, por meio de normas e regulamentos, o controle do poder decisório, do conhecimento e da informação, de fronteiras e de tecnologia, a habilidade para lidar com a incerteza, as alianças interpessoais e o controle de contra-organizações são, fontes privilegiadas para auferir poder nas organizações.<sup>5</sup>

Burocracia é um tipo de poder, um sistema racional em que a divisão do trabalho se dá relacionamente com vista a um fim. A ação racional burocrática é a coerência da relação de meios e fins visados.<sup>11</sup>

A ação racional tendente afins realiza-se na dominação burocrática-legal. A pretendida autonomia da técnica-racionalidade formal não representa nada mais do que a autonomia da organização social e da produção em relação aos agentes da produção (capitalistas ou trabalhadores) em função de sua submissão ao capital. Neste contexto, a maior eficiência, racionalidade, tecnologia possível e progresso, encobrem a produção e reprodução de mais-valia que, por sua vez, aparece opacamente como lucro. A organização da produção e a utilização dos meios tecnológicos decorrentes são inseparáveis num sistema de dominação. Daí, a organização ser a burocrática e esta a organização por excelência.<sup>11</sup>

A burocracia baseia-se na crença da legalidade, na obediência às normas estabelecidas e preceitos jurídicos. As relações entre dominante e dominado se assentam em um estatuto positivo, cuja legalidade acredita-se, isto é o que lhe confere um caráter legítimo.

Na obra Weberiana, a burocratização é a face mais saliente do processo de racionalização; é uma das linhas mestras de sua visão de mundo e constituiu um importante elemento para seu entendimento das transformações ocorridas no ocidente.<sup>10</sup> A crença de Weber na indispensabilidade da burocracia, como um instrumento de adequação dos meios com vista a um determinado fim, estava estreitamente vinculada às necessidades que ele via para o desenvolvimento do capitalismo no início do século XX:

[...] A razão decisiva para o progresso da organização burocrática foi a sua

*superioridade técnica sobre qualquer outra forma de organização. O mecanismo burocrático plenamente desenvolvido compara-se as outras organizações exatamente da mesma forma pela qual a máquina se compara aos modos não-mecânicos de produção. Precisão, velocidade, clareza, continuidade, descrição, unidade, subordinação rigorosa, relação dos custos de material e de pessoal são levados ao ponto ótimo na administração rigorosamente burocrática [...]*<sup>12:248-9</sup>

Para Weber a administração burocrática apresenta como notas dominantes a especialização, o fato de constituir-se em profissão e não em honraria; a separação do administrador dos meios da administração, a fidelidade impessoal ao cargo, a remuneração em dinheiro. A nomeação burocrática é sempre feita por autoridade superior a ele, e sua atividade constitui carreira que finda com sua aposentadoria do serviço.<sup>11</sup>

A autoridade formal é a fonte mais óbvia de poder organizacional, principalmente nas modernas organizações burocráticas, na medida em que a autoridade é traduzida em poder, devido à anuência daqueles que ficam abaixo no padrão de comando. A estrutura de autoridade é também uma estrutura de poder.<sup>5</sup>

Uma filosofia da ação, em que o ponto principal é a relação, de mão dupla, entre estruturas objetivas (campos sociais) e as estruturas incorporadas (hábito), são apresentadas. É a articulação dialética entre estruturas mentais e sociais, que só podem ser compreendidas pela identificação do princípio gerador que funda essas diferenças na objetividade, a estrutura de distribuição de formas de poder eficiente no universo social considerado e que variam, de acordo com lugares e momentos.<sup>13</sup>

Estes princípios delimitam um espaço socialmente estruturado em alguns agentes que lutam, dependendo das posições que atuam no campo, seja para mudar, ou para preservar seus limites e forma. Duas propriedades são principais a esta dimensão<sup>13</sup>:

1) Um campo é um sistema padronizado de forças objetivas, uma configuração relacional dotada de uma gravidade específica que é imposta a todos os objetos e a gentes que entram nele.

2) Um campo é um espaço de conflitos e competição, um campo de batalha em que os participantes visam ter monopólio sobre os tipos de capital efetivos e o poder de decretar hierarquias e uma taxa de conversão entre

todos os tipos de autoridade no campo do poder.<sup>13</sup>

Ter poder e exercer autoridade em qualquer tipo de relação, onde podemos incluir alianças e parcerias, é exercer controle. O controle é uma manifestação de poder e tanto os mecanismos de controles verticais quanto os horizontais coexistem de forma tensa e não resolvida nas mais diversas organizações, como veremos no item a seguir.

#### • Controle e as organizações

O controle organizacional torna-se uma importante área de estudo porque ele apresenta uma grande associação com outros aspectos funcionais da organização, tais como estrutura de autoridade e distribuição de poder.<sup>14</sup>

A definição de controle mais utilizada pela literatura específica é a que consiste em “qualquer processo, no qual uma pessoa, grupo de pessoas ou organização de pessoas, intencionalmente afeta o comportamento de outra pessoa, grupo ou organização”<sup>15:25</sup>. Este conceito reflete os interesses daqueles que exercem o controle. Percebe-se nas alianças a possibilidade do poder ser sentido por meio das estruturas de controle existentes.<sup>15</sup>

A importância dada ao controle, como variável analítica central, na sociologia das organizações, tem suas origens na concepção weberiana da burocracia e de seu papel hegemônico como modelo organizacional na sociedade. O papel que desempenham o poder, a autoridade e o controle nas organizações é o eixo do arcabouço estrutural da burocracia como forma de organização social, onde se dá a dominação exercida sobre o indivíduo e os demais elementos do processo de trabalho.<sup>9</sup>

A teoria Weberiana da burocracia representa uma reflexão sobre as origens da dominação e do controle nas organizações e suas relações com modelos de dominação social que prevalecem em cada momento da história. Três modelos de dominação social foram identificados: carismática, tradicional e racional-legal; onde a cada uma corresponderiam formas específicas de organização, autoridade, poder, dominação e legitimidade.<sup>9</sup>

Na *carismática* o poder é concebido pelo carisma, pertence a um líder que exerce o controle sobre seus subordinados de forma direta e personalista. Na *tradicional*, o poder é concebido pelos hábitos e costumes ditados pela tradição; o controle passa pela observação dos rituais herdados dos antepassados. Na *racional-legal*, as normas e

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

regulamentos, as leis e os procedimentos trazem legalidade ao exercício do poder. O controle é exercido através da estrutura da organização burocrática formal.<sup>10</sup>

O poder, na condição de controle, traz sua importância para a análise organizacional em que, nas organizações burocráticas, o controle é feito por meio de regulamentos, normas e comunicação formal, e se alinha como elemento chave da estrutura de poder. Na perspectiva do poder, as lutas pelo controle das estruturas e das práticas reproduzem as tensões e contradições que sucedem na sociedade, e assim, permitem que mantenham os objetivos do lucro e acumulação do sistema.

Para interesse deste trabalho, enfocam-se as organizações de prestação de serviço de saúde, onde se pesquisou os conflitos de poder existentes nas relações entre profissionais e, entre profissionais e pacientes, sob a óptica deste último grupo.

#### • Conflitos de interesses na saúde

A abordagem das situações onde pode ocorrer conflito de interesses tem merecido uma atenção crescente na atualidade, especialmente quanto aos seus aspectos éticos e bioéticos. Conflito de interesse é um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário. De modo geral, as pessoas tendem a identificar conflito de interesses apenas como as situações que envolvem aspectos econômicos.<sup>16</sup>

Além dos econômicos outros importantes aspectos também podem ser lembrados, tais como: interesses pessoais, científicos, assistenciais, educacionais, religiosos e sociais. O conflito de interesses pode ocorrer entre um profissional e uma instituição com a qual se relaciona ou entre um profissional e outra pessoa. Na área da saúde, os interesses de um profissional ou de seu paciente podem não ser coincidentes, assim como entre professor e alunos, ou ainda, entre pesquisador e sujeitos da pesquisa. Quanto melhor for o vínculo entre os indivíduos que estão se relacionando, maior o conhecimento de suas expectativas e valores. Esta interação pode reduzir a possibilidade de ocorrência de um conflito de interesses.<sup>16</sup>

#### • Conflitos de poder nas organizações de saúde

Alguns padrões de conflitos são inerentes às organizações de saúde, uma vez que

expressam poder e prestígio “são espaços sociais por natureza conflituosa” e que nas instituições hospitalares, a heterogeneidade das categorias profissionais, aliada à distribuição do poder, típica de organizações especializadas, tornam mais complexo o serviço de coordenação.<sup>17</sup>

Para gerir organizações de saúde a comunicação e a negociação são instrumentos decisivos na gestão contemporânea, considerando a necessidade do gestor em manter a posição centrada diante dos contextos organizacionais complexos.<sup>18</sup>

Constrói-se uma idéia sobre as organizações de saúde visualizando-as como uma malha intrincada e variável de uma ampla gama de serviços e de categorias profissionais, vinculados a processo em permanente diversificação. Nesta malha deverão estar presentes o corporativismo, os mecanismos coletivos de definição de responsabilidades e de avaliação de resultados e o caráter interativo do trabalho. Estes elementos contribuem para a compreensão da administração contemporânea como um lugar onde estão colocados os interesses individuais e grupais, em que se disputam hegemonias.<sup>18</sup>

O poder nas organizações de saúde é compartilhado pelos vários núcleos profissionais, que reforçam a necessidade de aprimoramento da comunicação e da capacidade de negociação dos gerentes. Quando a negociação é cooperativa e os interesses são distintos, mas o objetivo é comum, acarretam aos profissionais uma disputa positiva de poder. Quando os interesses são opostos, em geral a negociação é conflitiva e o resultado nulo. E por fim, quando a negociação é do tipo misto, é baseada em interesses combinados, produzindo resultados mesclados.

#### • Conflitos nas relações pessoais e grupais com a equipe de saúde

Um dos pontos a serem avaliados nesse estudo são as locuções que as equipes de saúde demonstram como causas de conflito as dificuldades nas relações pessoais, insatisfação, comportamento inadequado do funcionário, presença de pessoas de difícil relacionamento e rejeição por parte de alguns funcionários diante de situações novas. No contexto, não ficam claras quais as atitudes que estas pessoas têm para serem consideradas como causadoras de conflitos, pois a insatisfação, dificuldades e resistências são dados subjetivos.

Atitudes “complicadas” podem ser entendidas quando se refere que profissionais

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

de saúde executam papéis “estabelecidos pelo costume”, onde prevalece o pensamento de “eu sempre fiz assim, não há por qual razão fazer diferente”. Esquecendo-se de que o trabalho em equipe e a integralidade das ações de saúde têm sido algumas das propostas da reforma sanitária brasileira, tendo como foco principal a melhor qualidade dos serviços prestados.<sup>19</sup>

As mudanças como um desafio de interesses, e afirma que:

*[...] Aqueles que se tornam príncipes pelo seu valor conquistam domínios com dificuldades, mas os mantêm facilmente; a dificuldade se origina em parte nas inovações que são obrigadas a introduzir para organizar seu governo com segurança. Vale lembrar que não há nada mais difícil de executar e perigoso de manejar (e o êxito mais duvidoso) do que a instituição de uma nova ordem de coisas. Quem toma tal iniciativa suscita a inimizade de todos os que são beneficiados pela ordem antiga, e é defendido tibiamente por todos os que seriam beneficiados pela nova ordem - falta de calor que explica em parte pelo medo dos adversários, que têm as leis do seu lado, e em parte pela incredulidade dos homens. Estes com efeito, não acreditam nas coisas novas até que as experimentam; portanto, os adversários todas as vezes que podem atacá-las, o fazem com empenho, e os que as defendem defendem-nas tepidamente, de modo que a seu lado se tem pouca segurança [...].<sup>20:51</sup>*

O conflito deve ser visto como um fato desafiador que levará a mudanças freqüentes onde todos possam ganhar. As intervenções de mudança devem identificar interesses comuns, procurar soluções possíveis e negociar suas dimensões aceitáveis e, posteriormente, avançar em busca de formas mais permanentes de colaboração criando espaços ou situações onde as diferenças possam ser compartilhadas e confrontadas, buscando convergências e integração.<sup>19</sup>

Na década de 30, com o Movimento das Relações Humanas, pesquisas realizadas por Mayo discutem o papel da integração grupal fundamental para o bem estar psicológico e emocional do trabalhador (equipe de saúde); para que possam executar bem suas atividades profissionais repercutindo numa boa qualidade assistencial ao paciente. Nesta perspectiva, criam-se estratégias objetivando tornar o ambiente de trabalho estimulante e motivador com base em atividades não repetitivas, no reconhecimento do trabalho e participação nas decisões.

A despersonalização criada pela gestão burocrática, característica marcante no

hospital público leva a um tipo de relacionamento onde o profissional de saúde não tem colegas de trabalho; as pessoas com quem trabalha são ocupantes de cargos hierarquizados. Observamos que a falta de cooperação pode estar associada ao cansaço e ao acúmulo de tarefas, já que a maioria dos profissionais de saúde faz jornadas duplas ou são estudantes. Diante dessa situação, chamamos atenção para os problemas sociais, que poderão induzir ao individualismo, chegando à acomodação ocasionada pelo cansaço e, possivelmente, caracterizado como falta de coleguismo e de cooperação.

A gestão contemporânea ou co-gestão são propostas de democratização da vida organizacional, sendo assim, o cotidiano acaba revelando as contradições entre os interesses dos trabalhadores e a missão/objetivos organizacionais, implicando, muitas vezes, em contra-estratégias de resistências, principalmente quando a proposta emerge da administração superior.<sup>21</sup>

O barulho, a acústica e o silêncio são dispositivos de resistência. Quando as resistências são visíveis, torna-se possível negociar. Os espaços formais e informais de negociação servem para dar transparência aos fatos, às disputas de interesses e para negociar poder, sendo formados em momentos tensos de conflitos que se finalizam com consensos mínimos ou com rachaduras do grupo.

Como podemos observar no trabalho de gestão contemporânea, há maior entrosamento e colaboração por parte da equipe de saúde mediante a descentralização de poder, onde as tomadas de decisões deverão ser realizadas juntamente com as pessoas envolvidas nas atividades (equipe multiprofissional de saúde). Isso leva as pessoas a tornarem-se mais comprometidas com a prestação de serviços ao paciente, podendo assim, adquirirem o sentimento de afiliação, ou melhor, o sentimento de pertencer ao grupo.<sup>21</sup>

#### • Relação profissional de saúde – paciente

As diferentes possibilidades da relação profissional/paciente podem ser objetivadas por meio de modelos, tomando-se como base o tipo de doença, sua fase de evolução e as correspondentes condições psicológicas do paciente. A respeito desses modelos de relação profissional/paciente, três deles, constituem ângulos diferentes do mesmo fenômeno:<sup>22</sup>

⇒ O grau de atividade-passividade.

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

⇒ A distância psicológica.

⇒ O grau de contato pessoal.

• **O modelo de atividade-passividade distingue três tipos básicos**

⇒ Atividade-passividade (protótipo: relação mãe-lactente).

⇒ Direção-cooperação (protótipo: relação pais-filhos).

⇒ Participação mútua e recíproca (protótipo: relação adulto-adulto).

No primeiro tipo de relação há atividade do profissional e passividade do paciente. É o tipo de relação que se encontra nas urgências, estados de coma e cirurgias, em que o profissional deve fazer algo por um paciente que permanece passivo. O protótipo é o da relação mãe-lactente, isto é, a atividade obrigatória da mãe frente a um estado de passividade e de dependência do lactente.

No segundo tipo de relação, há direção pelo profissional e cooperação do paciente. Em todas as situações em que o paciente é capaz de fazer algo, o profissional pede-lhe esta cooperação (enfermidade aguda, infecciosa, acidentes). Este modelo genético corresponde a uma fase do desenvolvimento posterior à do lactente: a fase que vai da infância até a adolescência.

No terceiro tipo de relação, há participação mútua e recíproca do profissional e do paciente. Este tipo de relação é típico das enfermidades crônicas, das readaptações e de todos os estados em que o paciente pode cuidar de si e assumir o tratamento. O protótipo é o tipo de relação que existe entre dois adultos que chegaram a certo grau de maturidade.

Nenhum desses três tipos de relação é melhor que o outro; simplesmente correspondem a situações diversas e caracterizam pacientes que se encontram em contextos psicológicos distintos.

O modelo que enfoca a distância psicológica distingue três fases na relação que se estabelece entre profissional e paciente:

⇒ A do apelo humano, de angústia.

⇒ A do afastamento e da objetividade, que é o período do diagnóstico.

⇒ A de personalização da relação, uma vez realizado o diagnóstico e estabelecida à terapêutica.

Na fase de apelo humano o profissional responde à demanda do enfermo, satisfazendo suas necessidades. Não o frustra. Ao

aproximar-se, ainda não o considera como objeto de estudo.

Na fase de afastamento ou de objetivação, que corresponde a do exame chamado científico, o profissional já não considera o enfermo como uma pessoa, senão como um objeto de estudo; as relações afetivas passam ao segundo plano.

Uma vez estabelecidos o diagnóstico e o plano terapêutico, tem início a fase de personalização, quando o profissional pode aproximar-se de seu paciente e considerá-lo não só como um caso, mas como uma pessoa que sofre, com uma enfermidade determinada, havendo então a integração dos elementos das fases, isto é, dos aspectos científicos e humanos.

O estancamento do profissional na fase de distanciamento ou objetivação constitui o núcleo da denominada caracteropatia profissional (frieza afetiva no trato com os pacientes, negação da própria fragilidade, ausência de atividades pessoais de lazer).<sup>23</sup> Outros mecanismos que podem surgir são: a construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, afastamento emocional, esquívamento de refletir sobre as limitações do exercício profissional.

• **O modelo de contato pessoal aborda dois esquemas de relação**

1) Esquema da relação interpessoal, no qual a relação entre o profissional e seu paciente é direta e se realiza nos níveis intelectual, afetivo consciente e inconsciente e também utiliza o mundo imaginário, o das fantasias.

2) Esquema da prestação de serviço, que considera a tarefa assistencial como um setor de serviço ou, mais especificamente, de serviço de reparação. O cliente se dirige a um especialista para reparar um objeto. A relação do especialista com o cliente é pautada pelo ritual social da tomada de contato com explicações sobre o defeito do objeto e sobre a reparação necessária.

No campo da Saúde, há a utilização desses dois esquemas referenciais (relação interpessoal – prestação de serviço). O especialista, por um lado, isola o objeto (o sintoma) e trata de repará-lo; por outro lado, interage com uma pessoa, que está indissolúvelmente ligada ao objeto.

• **Transferência e contra-transferência**

A ênfase à "aliança terapêutica" que deve existir no vínculo profissional-paciente, como propulsora de um bom atendimento. A

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

técnica, por mais aprimorada que seja, tenderá a ser ou inócua ou alienante, se não for veiculada por uma boa relação profissional/paciente. Para que haja essa boa relação, é necessária atenção aos elementos que a compõem.<sup>24</sup>

A relação profissional/paciente contém elementos ao mesmo tempo racionais e irracionais, realísticos e irrealísticos, maduros e infantis, conscientes e inconscientes.

Transferência é o processo pelo qual são trazidos para o relacionamento atual sentimentos e conflitos originários de relacionamentos com pessoas importantes no início da vida. Esse fenômeno pode resultar em ligações afetivas intensas, irracionais, que não podem ser explicadas com base em situações da vida atual.

Na maioria dos pacientes, as atitudes transferenciais são, predominantemente, positivas, e contêm o tipo de expectativas e sentimentos que foram um dia dirigido para << bons pais >>, que eram, ao mesmo tempo, sentidos e percebidos como a principal fonte de força e segurança. Os pacientes têm uma tendência a investir no profissional de saúde com propriedades poderosas e onipotentes, semelhantes às que as crianças acham que os pais possuem, quando ainda responsáveis por elas e por seu cuidado. O paciente sente-se pequeno, desamparado e à mercê do profissional; a crença no poder do profissional permite-lhe sentir-se seguro na situação de perigo.

Dentro de limites razoáveis, a transferência positiva, embora envolva expectativas irrealistas, constitui um dos ingredientes do relacionamento profissional-paciente que tem um efeito em grande parte benéfico sobre o exame, a terapia e a cura. Em alguns casos, porém, o estresse advindo da doença é somado à regressão, produzindo uma situação em que os sentimentos e as expectativas da transferência, dirigidos para o profissional, assumem formas de expressão regressivas e geralmente tempestuosas. Elas podem fazer submergir completamente, na mente do paciente, o aspecto realista e adulto do relacionamento médico/paciente. Típicos desse tipo de transferência são aqueles pacientes que se tornam excessivamente dependentes e apegados.

Os sentimentos transferenciais do paciente para com o profissional também podem ser negativos. Neste caso, a atitude do paciente se tingem de algum matiz da escala negativa de sentimentos, tais como a desconfiança, a inveja, o desprezo, a irritação ou até mesmo a

ira ou a raiva. A transferência negativa do paciente pode então se apresentar sob a forma de reserva geral, escassez de informações ou pouca disposição de cooperar durante o exame e o tratamento. Ela também se pode expressar por meio de sintomas que se tornam acentuados e mais sérios após o paciente haver começado o tratamento, ou mediante complicações inesperadas e atraso na recuperação.

A contratransferência designa os movimentos afetivos do profissional como reação aos de seu paciente e em relação à sua própria vivência infantil. A contratransferência pode também ser positiva ou negativa e depende de inúmeros fatores, advindos tanto do paciente (idade, sexo, situação social, apresentação e comportamento) como do próprio profissional (estado de cansaço, irritação, situação conjugal, social e de trabalho).

A contratransferência, quando negativa, pode se manifestar por atitudes que ocultam rejeição ou agressividade inconsciente, como por exemplo:

- ⇒ Recusa de ouvir o paciente, por motivo de pressa ou falta de tempo.
- ⇒ Atos falhos, como por exemplo, esquecimento do horário de atendimento.
- ⇒ "Ameaça" de consulta psiquiátrica ou de hospitalização.

A relação profissional/paciente é uma relação de expectativas e esperanças mútuas; o doente espera alívio e, se possível, cura; o terapeuta espera reconhecimento de seu paciente, verificação de seu poder de reparação ou da adequação de seus pontos de vista. A expectativa pode ser de tal ordem, em cada um, que há o risco de as relações de troca serem transformadas em relações de força.

O primeiro contato do profissional com o paciente ocorre, na maioria dos casos, quando este está sob o efeito de determinada tensão ou crise aguda. Por conseguinte, é provável que suas ansiedades se intensifiquem e que ele apareça estar mais perturbado ou na defensiva do que em outros momentos. Se o profissional pode conter o excesso de ansiedade que o paciente não pode enfrentar nesse momento, proporcionará alívio e dará oportunidade a que surjam os aspectos mais maduros do paciente e que este recobre a capacidade de compreender, elaborar e finalmente integrar a situação dolorosa.

Todas as atitudes do profissional repercutem sobre o paciente e terão

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

significado terapêutico ou antiterapêutico segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, profissional. A "psicoterapia implícita" que existe no relacionamento profissional/paciente são as atitudes do profissional no seu relacionamento com o doente, dirigidas a um fim terapêutico, qualquer que seja a natureza das medidas de ordem técnica.

#### • Humanização da assistência

Frente ao acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade do paciente — emoções, crenças e valores — ficou em segundo plano; sua doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente e a assistência se desumanizou.<sup>25</sup>

A formação do profissional de Saúde, cada vez mais especializada, e suas difíceis condições de trabalho, restringem sua disponibilidade tanto para o contato com o paciente quanto para a busca de formação mais abrangente.

Por outro lado, sabe-se que muitos problemas dos pacientes podem ser resolvidos ou atenuados quando eles se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais. A falta de acolhimento e de continência aos seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou à rejeição ao tratamento e favorecer a busca de caminhos sociais alternativos, que ofereçam maior receptividade e compreensão. A relação profissional/paciente tem especial importância no processo de adesão ao tratamento.

A atividade assistencial se constitui, para os profissionais de saúde, em fonte de gratificação e de estresse. São fatores gratificantes: diagnosticar e tratar corretamente; curar; prevenir; ensinar; aconselhar; educar; sentir-se competente; receber reconhecimento. São fatores estressantes: o contato freqüente com dor e sofrimento; lidar com as expectativas dos pacientes e familiares; atender pacientes "difíceis" (não aderentes ao tratamento, hostis, agressivos, depressivos, autodestrutivos), lidar com as limitações do conhecimento científico.<sup>25</sup>

O complexo processo adaptativo frente aos fatores estressantes inerentes à prática profissional pode tomar diferentes caminhos. O resultado final da exposição à radiação psicológica estressante depende do indivíduo e de seus mecanismos e recursos subjetivos. Assim, poderá haver tanto uma adequada adaptação do profissional dentro dos limites

possíveis ou, ao contrário, uma inadequada adaptação, com efeitos indesejáveis tanto no plano profissional como no pessoal.

O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se não tomar contato com esses fenômenos, correrá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal. Os profissionais da saúde, por se submeterem, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes, precisam também receber cuidados.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam receio e medo. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos padrões não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.<sup>25</sup>

#### • Implicações dos conflitos nas relações entre profissionais e pacientes

Um sistema de prestação de serviços à saúde possui dois aspectos inter-relacionados: o cultural, que inclui conceitos básicos, teorias e práticas normativas e o social, com papéis característicos, tais como equipe de saúde e paciente, além de ambientes específicos, consultórios e hospitais.

Para entender o sistema de saúde, faz-se necessário analisá-lo à luz do contexto de valores básicos, ideologias, organizações políticas e sistema econômico da sociedade em que foi criado. Algumas categorias de profissionais formam um grupo à parte com valores próprios, conceitos, teorias sobre doenças e regras de comportamento, além da organização hierárquica, mais ou menos valorizada.

A relação profissional com pacientes de classes populares aponta que eles têm aguda consciência da distância social que os separa do profissional e a pressentem, principalmente, quando o profissional adota um comportamento diferente, visando a equiparar-se ao nível socioeconômico de seu paciente.

Uma questão central no atendimento ao paciente e em sua prática satisfatória é a maneira pela qual os impulsos agressivos do profissional de saúde se relacionam com o exercício da profissão. Da mesma forma que

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

os conflitos, a agressividade pode impulsionar para a atividade, iniciativa, coragem na tomada de decisões. Os impulsos agressivos podem achar-se ligados a conflitos inconscientes, buscando seu alvo no paciente e emergindo sob forma de mau tratamento físico e psicológico, direto ou indireto, irritação, explosões diretas ou indiretas de raiva com o paciente, desconsiderando os limites do comportamento profissional.

Os hospitais, sempre com excesso de pacientes, profissionais estressados por carga enorme de trabalho, acúmulo de empregos, expectativas diferentes, podem impedir uma confiança mútua e entendimento profissional na equipe.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conflito é um fato da vida em qualquer relação interpessoal e, no local de trabalho, é um fenômeno natural e esperado que, quando administrado construtivamente, pode fortalecer as relações. O ambiente de trabalho sem a criatividade e o progresso decorrentes dos conflitos é entediante e maçante. O conflito ignorado tende a se agravar. Logo, sugere-se que medidas sejam tomadas e utilizando-se a confrontação positiva, seja administrando.

Para trabalhar com o conflito, a equipe deve identificar o problema, analisar sua origem e prevenir complicações. Diante das frequentes mudanças nos sistemas de cuidados em saúde, a equipe multiprofissional, em alguns casos, é forçada a assumir novos papéis, exercer funções de outras categorias.

Sob pressão cotidiana as pessoas, muitas vezes, não conseguem manter o controle emocional, manifestando agressividade causada por estresse, problemas pessoais ou características de personalidade que dificultam o relacionamento. Dentre os motivos que interferem no relacionamento interpessoal, destacam-se a atitude individualista acompanhada de comportamentos egoístas e competitivos, problemas pessoais, diferenças individuais, a falta de confiança, comunicação e as relações de poder.

### REFERÊNCIAS

1. Johnson A, Baboila G. Integrating culture and healing: meeting the health care of a multicultural community. *Minnesota Med.* 1996;79(5):71-75.
2. Hamilton J. Multicultural health care requires adjustments by doctors and patients. *Can Med Assoc J.* 1996; 155(5):585-587.
3. Carvalho CA. Poder. Conflito e controle nas organizações modernas. Maceió: EDUFAL;1998.
4. Hall R. Organizações, estrutura e processos. Rio de Janeiro: Pretext – Hall do Brasil;1984.
5. Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Atlas; 1996.
6. Zander A. Marketing groups effective. São Francisco: Jossey-Bass;1987.
7. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: leituras e exercícios de treinamento em grupo. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos; 1975.
8. Lukes S. Poder e autoridade. In Bottomore T, Nisbei R (Org.). História da análise sociológica. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
9. Weber M. Economia e sociedade. Madri: Fundo de cultura econômica;1993.
10. Alves S. Racionalidade, carisma e tradição nas organizações empresariais contemporâneas. Recife: Ed. Universitária da UFPE;2003.
11. Tragtenberg M. Burocracia e ideologia. São Paulo: Atlas;1980.
12. Weber M. Ensaio de sociologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar;1974.
13. Bourdieu P. Razões práticas: sobre teoria e ação. Campinas: Papyrus; 1996.
14. Das TK. Organizational control: an evolutionary perspective. *J of Management Studies.* 1989;26(25):459-475.
15. Tannimbaum AS. O controle nas organizações. Petrópolis: Vozes; 1975.
16. Goldim JR. Conflitos de interesses na área de saúde. [online] [acesso em: 2006 jan 06]. Disponível em: [www.bioetica.ufrgs.br/negocia.htm](http://www.bioetica.ufrgs.br/negocia.htm).
17. Farias LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad de Saúde Pública.* 2002;18(5):1-11.
18. Uribe RFJ. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
19. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: FGV;2001.
20. Maquiavel N. O príncipe: texto integral. São Paulo: Martin Claret;2004.

Lima BI, Bastos LO.

Power conflicts among health professionals.

21. Agostine R. O conflito como fenômeno organizacional: identificação e abordagem na equipe de enfermagem [online]. Ribeirão Preto. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2005. [aceso em 14 dez 2005]. Disponível em: [www.teses.usp/disponiveis/22/22132/tde-03082005-15129/publico/agostine\\_r.pdf](http://www.teses.usp/disponiveis/22/22132/tde-03082005-15129/publico/agostine_r.pdf)
22. Schneider PB. Psicologia aplicada a la practica médica. Buenos Aires: Paidós; 1974.
23. Noto JRS. A emergência da caracteropatia profissional em estudantes do quinto ano médico. Boletim de Psiquiatria; 1984. p.101-107.
24. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu; 1988.
25. Martins MCFN. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. [online] [acesso em: 2006 jan 20]. Disponível em: [www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503\\_1.htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503_1.htm)

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2008/03/14

Last received: 2008/04/08

Accepted: 2008/04/10

Publishing: 2008/07/01

**Address for correspondence**

Luís Othon Bastos

Rua Xavantes, 226 – Casa Amarela

CEP: 52070-180 – Recife (PE), Brasil