

FUNDAÇÃO DOM CABRAL
Mestrado Profissional em Administração

José Américo Cançado Bahia Filho

SENSEMAKING E IDENTIDADE PROFISSIONAL MÉDICA:
estudo de caso em um hospital brasileiro diante de uma mudança
estratégica

Nova Lima
2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca Walther Moreira Salles
Fundação Dom Cabral

Bahia Filho, José Américo Caçado
B151s Sensemaking e identidade profissional médica: estudo de caso em um hospital brasileiro diante da uma mudança estratégica. / José Américo Caçado Bahia Filho. - Nova Lima, 2020.

[Documento Eletrônico]

Orientadora: Profa. Dra. Rosileia das Mercês Milagres
Dissertação (Mestrado) – Fundação Dom Cabral. Programa de Mestrado Profissional em Administração.

1. Estratégia. 2. Comportamento organizacional. 3. Hospitais. I. Milagres, Rosileia das Mercês. II. Fundação Dom Cabral. Programa de Mestrado Profissional em Administração. III. Título.

CDU: 005.21

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

No dia 22 de dezembro de 2020 às 17h00, realizou-se a sessão pública virtual de defesa de dissertação, intitulada **“SENSEMAKING E IDENTIDADE PROFISSIONAL MÉDICA: estudo de caso em um hospital brasileiro diante de uma mudança estratégica”**, de autoria do mestrando **José Americo Cançado Bahia Filho**, discente do **Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Administração – Gestão Contemporânea da Organizações**.

Concluído os trabalhos de apresentação e arguição, a dissertação foi:

APROVADO¹

APROVADO COM RESTRIÇÕES²

REPROVADO



Orientador(a): Dra. Rosiléia das Mercês Milagres

Membros da banca: Dra. Maria Elisa Brandão Bernardes

Dr. Fabricio Ziviani

¹ APROVADO: o aluno tem 30(trinta) dias corridos, a partir da data de aprovação, para protocolar a versão final da dissertação considerando as sugestões da banca

² APROVADO COM RESTRIÇÕES: o aluno tem trinta dias corridos para entregar com o de acordo do orientador.

José Américo Cançado Bahia Filho

***SENSEMAKING* E IDENTIDADE PROFISSIONAL MÉDICA:
estudo de caso em um hospital brasileiro diante de uma mudança
estratégica**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Administração da
Fundação Dom Cabral como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em
Administração.**

**Área de concentração: Gestão
Contemporânea das Organizações**

Linha de Pesquisa: Estratégia

Orientadora: Profa. Dra. Rosiléia Milagres

Nova Lima

2020

AGRADECIMENTOS

À Espiritualidade, propensão que nos guia a Deus (ou deuses), ou ao que é moralmente bom e correto.

À minha mãe, exemplo de abnegação, perseverança e resiliência.

Ao meu pai que, mesmo ausente, é infinito em sua presença.

Aos meus filhos, que fazem com que tudo valha a pena.

A Mila, meu porto seguro.

Aos meus irmãos, pela presença e apoio.

Ao Dr. Guido Magalhães, padrinho que me ensinou que Medicina se faz com Ciência, Arte e, sobretudo, Humanidade.

À Profa. Rosiléia, pela orientação sempre firme e segura.

Aos professores do MPA FDC, gigantes que nos suportaram sobre seus ombros para que pudessemos enxergar mais longe.

À equipe administrativa e de apoio da FDC, invisíveis a maior parte do tempo, mas zelando pelo perfeito funcionamento do MPA.

Aos queridos bibliotecários sem os quais o caminho seria mais árduo.

Aos colegas da T3-Leo da Vinci, fraternidade para o resto da vida.

Aos colegas médicos que gentilmente cederam seu tempo para as entrevistas, à Diretoria da instituição, em especial ao Diretor Médico, por abrir as portas para esta pesquisa, à secretária da Diretoria, zelosa e atenciosa na conciliação das agendas.

Ao amigo Luiz De Luca, pela rica conversa que culminou com a escolha do contexto sobre o qual este trabalho foi desenvolvido.

“Não convém levantar escândalo de começo.

Só aos poucos que o escuro é claro.”

Guimarães Rosa

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo investigar, a partir de elementos constitutivos da identidade profissional, como um grupo de médicos elabora o *sensemaking* de uma mudança estratégica e o que, na visão desse grupo, pode ser feito para obter maior adesão da categoria profissional à estratégia pretendida. Para isso, foi realizada uma revisão das linhas de estudo sobre *sensemaking*, identidade profissional médica e implementação de estratégias em organizações complexas. Identificou-se um hospital brasileiro que expressou, em seu Relatório de Sustentabilidade, a intenção da alta direção em estabelecer uma estratégia com potencial de ameaçar valores ligados à autonomia médica, um dos pilares da identidade profissional dessa categoria. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, através de entrevista semiestruturada com um grupo de médicos, com o objetivo de avaliar, na perspectiva dos entrevistados, quais possíveis ameaças à identidade profissional eles percebem na mudança proposta e como os sujeitos da pesquisa elaboram o *sensemaking* da mudança a partir da identificação de tais ameaças. Os resultados obtidos foram categorizados de acordo com três atributos da Autonomia Médica, (Autonomia Clínica, Financeira e Política) identificados na literatura sobre o tema, buscando-se identificar a percepção de ameaças à Autonomia no discurso dos entrevistados. Concluiu-se que os participantes da pesquisa percebem ameaças à sua autonomia em dois atributos, a Autonomia Clínica e a Autonomia Financeira. Em relação à mudança no modelo de pagamento por serviços prestados, alguns entrevistados percebem sua necessidade, porém demonstram desejo de participação mais ativa na discussão e elaboração dos novos modelos, configurando assim, a necessidade de manter sua Autonomia Política.

Palavras-chave: *Sensemaking*. Sistemas adaptativos complexos. Identidade profissional. Identidade médica. Mudança estratégica.

ABSTRACT

This research aimed to investigate, as of the constituting elements of medical professional identity, how a group of physicians elaborates the sensemaking of a strategic change and what could be done, in their perception, to achieve more engagement in the proposed change. A review of the literature regarding of studies on sensemaking, professional medical identity and implementation of strategies in complex organizations was carried out. A Brazilian hospital that expressed, in its Sustainability Report, the intention of senior management in establishing a strategy with the potential to threaten values related to medical autonomy, was identified. A qualitative research was carried out, through semi-structured interviews with a group of physicians, with the objective of evaluating, from the perspective of the interviewees, what are the possible threats to the professional identity they perceive in the proposed change and how these subjects elaborate the sensemaking of the change in face of such threats. The results obtained were categorized according to three attributes of Medical Autonomy identified in the literature review. The results show that the participants perceive threats to their autonomy in two attributes, Clinical Autonomy and Financial Autonomy. Regarding the proposed change, some interviewees perceive it's need, but demonstrate a desire for more active participation in the discussion and elaboration of new models, showing their desire to maintain Political Autonomy.

Keywords: Sensemaking. Complex adaptive systems. Professional identity. Physician identity. Strategic change.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas da mudança estratégica	18
Figura 2 – Quatro dimensões de um Hospital geral.....	24
Figura 3 – Ameaças à Identidade Profissional diante da percepção de interferência na prescrição médica, por categoria do corpo clínico.	46
Figura 4 – Percepção dos entrevistados de ameaças à Identidade Profissional em relação à Liberdade para indicar recursos.....	48
Figura 5 – Percepção dos entrevistados de ameaças à Identidade Profissional em relação à Autonomia Financeira.....	51
Figura 6 – Percepção dos entrevistados em relação a ameaças à Identidade Profissional em relação à participação na decisão dos critérios de avaliação de <i>performance</i>, por categoria do corpo clínico	54
Figura 7 – Percepção de ameaças à Identidade Profissional em relação a participação nas decisões, de acordo com as categorias do corpo clínico.....	58
Figura 8 –<i>Sensemaking</i> da mudança, por categoria do corpo clínico.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais elementos constitutivos da identidade profissional médica.....	30
Quadro 2 – Perfil dos entrevistados.....	34
Quadro 3 – Categorias de Análise e Definições Operacionais.....	38
Quadro 4 – Categorias e subcategorias de análise identificadas no campo	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores de estrutura e assistência do hospital estudado	40
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAS	<i>Complex Adaptive Systems</i> (Sistemas Adaptativos Complexos)
NHS	National Health System (Sistema Nacional de Saúde, inglês)
IESS	Instituto de Estudos em Saúde Suplementar
OPS	Operadoras de Planos de Saúde
ROL	Rol de Coberturas Mínimas Obrigatórias do Sistema de Saúde Suplementar
SAP	<i>Strategy as Practice</i> (Estratégia como Prática)
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Apresentação do Tema (problema de pesquisa e relevância).....	13
1.2 Pergunta da Pesquisa	15
1.3 Objetivos.....	15
<i>1.3.1 Objetivo geral.....</i>	<i>15</i>
<i>1.3.2 Objetivos específicos.....</i>	<i>15</i>
1.4 Estrutura proposta para a dissertação	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Sensemaking	18
2.2 Organizações Pluralistas ou Sistemas Adaptativos Complexos	21
<i>2.2.1 Hospitais como sistemas adaptativos complexos.....</i>	<i>23</i>
2.3 Sensemaking e identidade profissional entre médicos.....	27
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 Desenho da Pesquisa.....	31
<i>3.1.1 A Pesquisa Qualitativa</i>	<i>31</i>
<i>3.1.2 O Estudo de Caso.....</i>	<i>32</i>
3.2 Coleta de Dados	32
<i>3.2.1 A Entrevista como método de coleta de dados.....</i>	<i>33</i>
<i>3.2.1.1 Seleção dos entrevistados.....</i>	<i>34</i>
<i>3.2.1.2 Roteiro de entrevistas</i>	<i>35</i>
3.3 A Análise dos Dados	36
<i>3.3.1 Análise de Conteúdo.....</i>	<i>36</i>
<i>3.3.2 Categorias analíticas</i>	<i>37</i>
3.4 Contexto da Pesquisa	39
<i>3.4.1 Hospital estudado e Unidade Empírica de Análise</i>	<i>40</i>
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
4.1 Categorias de análise.....	42
<i>4.1.1 Autonomia Clínica (A)</i>	<i>43</i>
<i>4.1.1.1 Interferência na Prescrição Médica (A1).....</i>	<i>43</i>
<i>4.1.1.2 Liberdade para indicar recursos (A2).....</i>	<i>47</i>
<i>4.1.2 Autonomia Financeira (B).....</i>	<i>49</i>

4.1.3 Autonomia Política (C)	52
4.1.3.1 <i>Participação na decisão de critérios de avaliação de performance (C2)</i>	52
4.1.3.2 <i>Participação ou maior representatividade em decisões estratégicas (C3)</i>	55
4.1.3.2.1 <i>Falta de informações claras sobre as mudanças propostas (C.3.1)</i>	56
4.2 Sensemaking dos médicos diante das ameaças à identidade profissional	59
5 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	62
5.1 Limitações do presente trabalho	63
5.2 Contribuições, Recomendações e sugestões	63
5.2.1 <i>Para a teoria</i>	63
5.2.2 <i>Para a prática</i>	64
REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

O planejamento estratégico, anual ou plurianual, tornou-se ferramenta de rotina na administração de empresas e tem sido amplamente utilizado no campo da saúde. Neste setor, diversos autores, como Glouberman and Mintzberg (2001), Meyer Junior, Pascucci and Murphy (2012) e Takahashi (2011) têm pesquisado o comportamento dos médicos diante de mudanças estratégicas e citam que estes profissionais são resistentes à mudança, o que leva ao insucesso na implementação da estratégia. Isto ocorreria porque os médicos detêm um poder legitimado pelo saber inerente à profissão (Glouberman & Mintzberg, 2001), o que, aliado à multiplicidade de interesses envolvidos em um Hospital (Meyer-Junior *et al.* 2012), traz à tona a complexidade dessas organizações.

Outro fator que pode reforçar posições de resistência à mudança é a ativação de gatilhos que ameacem a forte identidade profissional da classe médica (Flitter, Riesenmy, & Van Stralen, 2012; Hoff & McCaffrey, 1996; Salvatore, Numerato, & Fattore, 2018; Kyratsis, Atun, Phillips, Tracey, & George, 2017; Fournier, Chênevert, & Jobin, 2020), sobretudo no que diz respeito aos valores profissionais (Kyratsis *et al.*, 2017) ligados à autonomia médica (Salvatore *et al.*, 2018; Fournier *et al.*, 2020).

Nesse contexto, Meyer Junior *et al.* (2012) e Takahashi (2011) argumentam que o envolvimento dos médicos no processo estratégico os tornaria adeptos da mudança, o que facilita sua implementação. Esta adesão pode estar vinculada ao sentimento de que, participando do processo de mudança, a Autonomia Profissional estaria de certa forma preservada.

O processo de *sensemaking* encontra suas bases nos estudos de Karl Weick (1995). Esse autor define as propriedades do processo de *sensemaking*, sendo uma delas fundamentada na construção de identidades. Para ele, as pessoas aprendem sobre suas identidades projetando-as no ambiente e observando o que acontece. Entretanto, o *sensemaking* diz respeito ao “eu”, portanto, o agente constrói o sentido do que acontece à sua volta, perguntando-se quais as implicações do evento sobre quem o agente se tornará (Weick, 1995, p.23). Assim, compreender se e como os agentes percebem ameaças à sua identidade durante o planejamento e a implementação de mudanças estratégicas, construindo a partir dessa percepção um significado positivo ou negativo para a mudança pretendida, torna-se fundamental para o sucesso da implementação da estratégia.

Maitlis and Christianson (2014), em uma revisão da bibliografia sobre *sensemaking*, descrevem três gatilhos que desencadeiam o processo, sendo eles: ameaças à identidade, turbulências no ambiente e na empresa e mudanças planejadas pela alta administração.

No presente trabalho, exploramos como os médicos de um grande hospital brasileiro elaboram o significado da mudança do modelo de pagamento pelos serviços hospitalares. Buscamos ainda compreender como, na percepção dos entrevistados, esta mudança pode afetar valores e atributos ligados à identidade profissional dos médicos, desencadeando o processo de *sensemaking* da mudança no grupo entrevistado. Além disto, buscamos compreender o que, na visão dos entrevistados, pode ser feito para obter maior adesão da categoria profissional à estratégia pretendida.

Na próxima seção serão apresentados o tema da pesquisa, as lacunas existentes no campo e sua relevância.

1.1 Apresentação do Tema (problema de pesquisa e relevância)

O setor de saúde é reconhecido por sua complexidade advinda da diversidade de inter-relações entre os diversos agentes que, por vezes, possuem interesses distintos (Meyer Jr. *et al.*, 2012). Autores com formações acadêmicas tão diversas quanto McDaniel and Driebe (2001), Plsek and Greenhalgh (2001), Plsek and Wilson (2001) e Sturmberg, O'Halloran and Martin (2012) propõem que os sistemas de saúde sejam estudados à luz da teoria da complexidade, como Sistemas Adaptativos Complexos (em inglês, *Complex Adaptive Systems – CAS*).

Para McDaniel and Driebe (2001), a principal característica desses sistemas é a interconexão de diversos agentes em padrões emergentes e que coevoluem. Isto significa que as relações entre os agentes provocam transformações no sistema maiores que a soma de suas partes, emergindo uma nova ordem, imprevisível, que, por sua vez, provoca uma transformação não apenas no CAS, mas em seu ecossistema, que coevolui (McDaniel & Driebe, 2001).

Anderson and McDaniel (2000), correlacionando a teoria dos CAS com a complexidade da gestão de hospitais, argumentam que a análise criteriosa de conflitos entre gestores administrativos e corpo de profissionais em hospitais poderia causar impactos positivos na gestão dessas instituições. Para estes autores, a compreensão acerca das preocupações profissionais poderia alterar a percepção dos gestores administrativos, que, ao invés de buscarem controlar o sistema, passariam a explorar seu potencial, permitindo e encorajando

pequenas ações localizadas, que poderiam impactar positivamente todo o sistema (Anderson & McDaniel, 2000). Nesse mesmo sentido, Salvatore *et al.* (2018) argumentam que talvez seja o momento de evoluir da teoria binária do “managerialismo”, que privilegia os aspectos administrativos ligados à hierarquia formal, orientados à competitividade, *versus* o “profissionalismo”, que privilegia resultados ligados a valores profissionais, como autonomia, discricionariedade e avaliação de custo-efetividade (Vicente, 2013). Para Salvatore *et al.* (2018), ambas as vertentes não são contraditórias ou mutuamente excludentes, e sua atuação conjunta poderia beneficiar as organizações.

Para aprofundar a compreensão das preocupações profissionais, como proposto por Anderson and McDaniel (2000), é necessário compreender os valores da profissão e os elementos da identidade profissional. Doolin (2002), Hoff and McCafrey (1996), Kyratsys *et al.* (2017), Hendrikx (2018), Salvatore *et al.* (2018) e Fournier *et al.* (2020) ressaltam o valor que os médicos dão à autonomia profissional e o forte senso de identidade profissional da categoria. Assim, compreender os valores da profissão e como o *sensemaking* da mudança pretendida afeta a identidade profissional dos médicos torna-se um importante ponto para obter sua adesão.

Meyer Junior *et al.* (2012) argumentam que existiria uma grande lacuna na literatura em relação às teorias e práticas gerenciais que considerem as especificidades dos hospitais como organizações complexas. Mais recentemente, Pascuci, Meyer Jr. and Crubelate (2018) defendem mais estudos sobre *sensemaking* em hospitais, demonstrando que ainda existem lacunas a serem preenchidas em estudos sobre implementação de estratégias nestas instituições. Kyratsis *et al.* (2017), estudando os mecanismos através dos quais os médicos elaboram o *sensemaking* de uma nova lógica profissional ocorrida na esteira de uma grande mudança cultural, ressaltam a importância de se pesquisar como os médicos lidam com ameaças à identidade em contextos sociais mais estáveis, nos quais a mudança ocorre apenas na lógica do trabalho.

O objetivo deste trabalho é contribuir com o campo, ao avaliar se e como mudanças estratégicas propostas afetam a identidade profissional médica e o que, na visão dos entrevistados, pode ser feito para obter maior adesão da categoria profissional à estratégia pretendida.

Para alcançar esse objetivo, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com um grupo médicos de um grande hospital brasileiro que tem discutido, no âmbito da alta direção e lideranças médicas, a adoção de modelos de pagamento alternativos ao de contas abertas e unidade de produção, chamado de *fee for service*.

1.2 Pergunta da Pesquisa

Como, a partir de elementos constitutivos da identidade profissional, os médicos de um grande hospital brasileiro elaboram o *sensemaking* de uma mudança estratégica?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho é investigar, a partir de elementos constitutivos da identidade profissional, como um grupo de médicos elabora o *sensemaking* de uma mudança estratégica, utilizando para isto o estudo de caso em um hospital brasileiro que discute a implementação de modelo de pagamento alternativo ao *fee for service*.

1.3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- Avaliar, na perspectiva dos entrevistados, quais possíveis ameaças à identidade profissional eles percebem na mudança proposta.
- Avaliar, na visão dos médicos, o que pode ser feito para obter maior adesão da categoria profissional à estratégia pretendida.

1.4 Estrutura proposta para a dissertação

Na próxima seção será feita uma revisão do referencial teórico, em que serão apresentados conceitos relevantes para a realização desta dissertação, buscando, inicialmente, demonstrar a evolução do pensamento em Estratégia, que passa pela visão sociológica da estratégia (Strategy as Practice – SAP), como este conceito se interrelaciona com os conceitos e princípios de construção de significado (Sensemaking) e sua conexão com a implementação da estratégia em contextos pluralistas, com ênfase especial na implementação de estratégia em Hospitais.

Em seguida, será discutida a metodologia utilizada para a coleta e análise dos dados, além de apresentados o contexto da pesquisa, o hospital estudado e a unidade empírica de análise. No capítulo 4 serão apresentados e discutidos os resultados da análise dos dados e, a seguir, no capítulo 5 serão apresentadas as conclusões do trabalho, respondendo às questões colocadas e buscando trazer reflexões sobre a construção de significado diante de ameaças à identidade. Também serão apresentadas as limitações deste trabalho, propostos caminhos para o avanço do campo e contribuições do estudo para a teoria e para a prática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Estratégia constitui um amplo campo de pesquisas acadêmicas, tanto no que se refere ao processo de construção da estratégia (Mintzberg 1979, 1985; Burgelman, 1983) quanto às práticas de implementação da estratégia (Whittington, 2007; Jarzabkowsky, 2003, 2004; Mantere, 2005; Whittington, 2007; Jarzabkowsky, Balogun & Seidl, 2007). Esses autores propõem uma visão sociológica da estratégia, que, assim, deixa de pertencer à organização, passando a ser um reflexo da atuação das pessoas. Whittington (1996) propõe que a estratégia seja estudada como uma prática social, na qual os praticantes agem e interagem, cunhando a expressão “Strategy as Practice” ou SAP.

O grande interesse acadêmico na estratégia, enquanto fenômeno emergente a partir de ações, escolhas, conhecimento, linguagem e emoção dos agentes, levou os estudos nesse campo a uma interseção com o trabalho de Weick (1995) sobre a construção de sentido (*sensemaking*). (Cornelissen and Schildt, 2015). Estes autores afirmam que *sensemaking* tornou-se a principal abordagem teórica para estudos acadêmicos sobre significado e interpretação nas organizações.

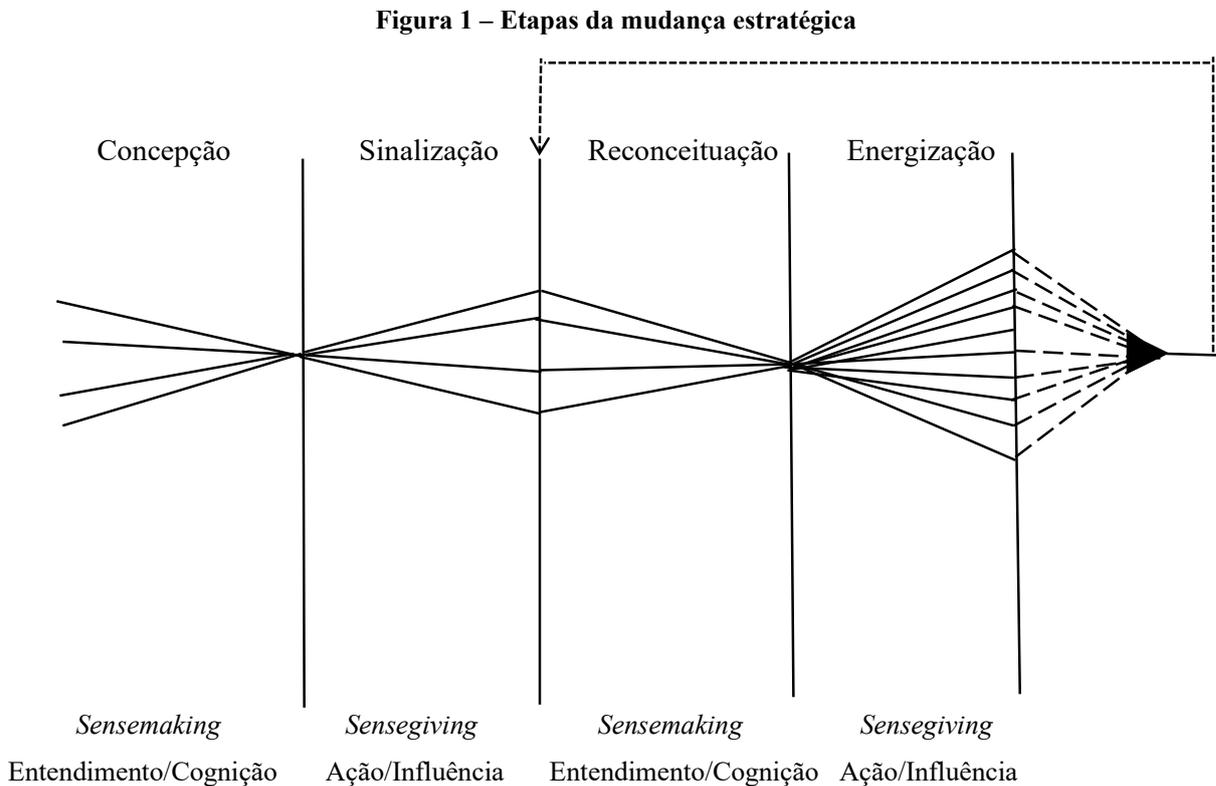
Para Smircich and Stubbart (1983), o poder legitimado pode influenciar o *sensemaking*, mas essa ação não é exclusiva da liderança, podendo desenvolver-se de várias formas e em vários locais da organização, influenciando, assim, a maneira como a estratégia é implementada. Os autores argumentam que situações novas ou inesperadas são interpretadas de acordo com os modelos preexistentes ou através da criação de novos modelos cognitivos para manter a coesão da organização (Smircich & Stubbart, 1983). O processo pelo qual grupos de indivíduos negociam e interpretam a realidade, ou a mudança, é central para a compreensão da maneira como o significado compartilhado mantém a organização. Esse processo é mediado por ações intencionais de agentes que buscam legitimar um padrão específico de propósito, valores ou significado (Smircich & Stubbart, 1983).

No contexto de organizações pluralistas, Gioia and Chittipeddi (1991) argumentam que a mudança estratégica significa alterar o modo de pensar e agir da organização, o aproveitamento de oportunidades ou o enfrentamento de ameaças. Para esses autores, compete ao CEO iniciar o processo de mudança através da percepção do significado da mudança (*sensemaking*) e de sua disseminação para *stakeholders* internos e externos. Para que a mudança alcance seu objetivo, o sentido deve ser construído e reconstruído pelas partes envolvidas, de forma que estas possam desenvolver um modelo que dê sentido à mudança estratégica pretendida (Gioia & Chittipeddi, 1991). A esse processo, os autores chamaram *sensemaking*.

Na próxima seção serão discutidos o conceito de *sensemaking* e os principais gatilhos que desencadeiam o processo de *sensemaking* em iniciativas de mudança estratégica nas instituições.

2.1 Sensemaking

Para Gioia and Chittipeddi (1991, p 433), “a mudança estratégica envolve uma tentativa de alterar os modos atuais de cognição e ação para capacitar a organização para aproveitar oportunidades importantes ou para lidar com ameaças ambientais”. Através de pesquisa etnográfica em uma universidade, esses autores identificaram cinco etapas através das quais se inicia e desenrola a mudança estratégica (Figura 1).



Fonte: Gioia and Chittipeddi 1991).

Gioia and Chittipeddi (1991) descrevem essas fases da seguinte forma:

Concepção é o processo através do qual o CEO tem a percepção da necessidade de mudança na organização, engajando-se em ciclos de construção social para convencer acionistas, conselheiros e *stakeholders* da necessidade de mudança e aceitá-la.

A fase de *sinalização* da mudança tem início quando o CEO começa a promover alterações, ainda que pequenas, mas que mostram claramente que o caminho está traçado. Essa é a fase na qual devem ocorrer as reuniões com os *stakeholders*, para reduzir a ansiedade com a mudança, mas, ao mesmo tempo, retirá-los da zona de conforto. A convivência do modelo antigo, arraigado, com a ideia de mudança, e os primeiros passos nesse sentido criam ambiguidades na organização, podendo desencadear resistências, características da fase seguinte: reconceituação.

A fase de *promoção da reconceituação* é marcada pela tentativa de grupos internos ou externos, organizados ou não, de minar a transformação de modo a manter privilégios. Nesta etapa, pode haver conflitos na alta administração, entre grupos mais arrojados ou mais conservadores, em relação à velocidade e à energia empregadas na mudança. É importante considerar todas as opiniões e ceder quando necessário, mas sem alterar a substância do projeto (Gioia & Chittipeddi, 1991).

A fase final, de *energização*, envolve a expansão das apresentações da estratégia para grupos maiores, de modo a expandir a visão de futuro dada pelo CEO. Podem ocorrer ajustes finos, porém sem abrir mão da essência do que foi publicamente divulgado (Gioia & Chittipeddi, 1991).

A partir do trabalho seminal de Gioia and Chittipeddi (1991), o termo *sensemaking* passou a ser amplamente utilizado na literatura. Cornelissen and Schildt (2015), discutindo o *sensemaking* na SAP, verificaram que a expressão *sensemaking* é definida de forma bastante variada na literatura, sendo que os acadêmicos utilizam o termo para referirem-se a uma categoria de práticas empíricas, relacionadas ao pensamento individual ou a conversas relacionadas à estratégia. Já para Weick (1995, p. 16), *sensemaking* significa tornar algo plausível.

Em sua revisão da literatura, Maitlis and Christianson (2014, p. 67) sintetizam os conceitos de diversos acadêmicos, definindo o *sensemaking* como

um processo, estimulado por expectativas violadas, que envolve estar atento e considerar sinais no ambiente, criando um significado intersubjetivo através de ciclos de interpretação e ação, e, assim, estabelecendo um ambiente mais ordenado a partir do qual novos sinais poderão ser extraídos.

Diante dessa conceituação, faz-se necessário o aprofundamento do entendimento do que seriam as expectativas violadas, como e por que o *sensemaking* é ativado, uma vez que nem

sempre eventos inesperados desencadeiam esse processo (Maitlis & Christianson, 2014). Esses autores definem três grandes fatores que ativam os processos de *sensemaking*:

- Turbulências no ambiente e crise na empresa: dentre os fatores externos, destacam-se grandes avanços tecnológicos, mudanças na regulamentação governamental e grandes fusões no setor. Esses eventos criam um ambiente tão dinâmico e imprevisível que as estruturas existentes para obterem vantagem competitiva perdem repentinamente seu significado. Situações de crise, por seu turno, ainda que tendo origem interna, possuem o potencial de desencadear um impacto muito mais difuso, levando ao questionamento de crenças e valores arraigados tanto na cultura da empresa quanto na sociedade (Maitlis & Christianson, 2014).
- Ameaças à identidade: ocorrem quando a identidade é ameaçada ou mesmo exposta a uma ambiguidade, seja no nível individual, da indústria, da organização ou institucionalmente. Essa situação pode despertar fortes emoções nos indivíduos, que se engajam então no processo de *sensemaking*, buscando entender a razão da mudança e suavizá-la construindo novos significados para si e para as organizações (Maitlis & Christianson, 2014).
- Mudanças planejadas: podem violar as expectativas dos *stakeholders*, gerando considerável incerteza e ambiguidade. Além disto, podem alterar diretamente a identidade e a cultura organizacional, afetando profundamente a identidade dos agentes e determinando um processo de resistência que torna a tarefa da liderança extremamente difícil (Maitlis & Christianson, 2014).

Como vimos, o processo de *sensemaking* é ativado por mudanças, planejadas ou não, que alteram significativamente a percepção dos agentes em relação ao ambiente no qual se inserem, levando a mecanismos de ressignificação (criação de “*significado intersubjetivo*” segundo Maitlis and Christianson (2014). Essas mudanças podem afetar profundamente a identidade dos agentes, desencadeando mecanismos de resistência (Maitlis & Christianson, 2014)

A mudança estratégica, envolve processos que podem ser dirigidos, fragmentados, restritos ou mínimos (Maitlis, 2005). Esses processos podem utilizar a semântica e as interações socioculturais originadas no conhecimento prático (Rouleau, 2005), reorientação cognitiva e ressignificação de objetivos pela média gerência (Balogun, 2006). Além disto, trabalham paradoxos de pertencimento, mudança organizacional e desempenho (Luscher & Lewis, 2008),

através de diálogos constantes e reciprocidade entre os diferentes níveis hierárquicos (Balogun & Johnson, 2005, Balogun, 2006, Mantere, 2007), e do capital cultural e social (Lockett, Currie, Finn, Martin, & Waring, 2014). Esses elementos demonstram a complexidade e a multiplicidade de interações e inter-relações existentes entre os agentes durante a implementação de estratégias nas organizações.

Assim, outro corpo de estudos tem analisado, mais recentemente, quais fatores, no plano corporativo ou individual, favorecem ou dificultam as práticas de *sensemaking* durante a implementação da estratégia (Meyer Junior *et al.*, 2012; Balogun, Jacobs, Jarzabkowski, Mantere, & Vaara, 2014; Hardy & Thomas, 2014; Leonardi, 2015; Kraft, Sparr, & Peus, 2015).

Um fenômeno identificado por Maitlis and Christianson (2014) refere-se ao grau de integração interna das organizações. As autoras argumentam que, em organizações fortemente integradas, uma mudança em uma parte do sistema leva a uma mudança previsível em outra parte. Entretanto, em organizações com nível de integração relativamente baixo, como são as chamadas organizações complexas, as mudanças em uma parte do sistema têm um efeito muito menos previsível do que em outras.

Na próxima seção, será feita uma análise da literatura relacionada às organizações complexas ou sistemas adaptativos complexos, também chamadas de organizações pluralistas ou organizações profissionais, com ênfase especial em autores que definem sistemas de saúde em geral, e hospitais, em particular, como organizações complexas.

2.2 Organizações Pluralistas ou Sistemas Adaptativos Complexos

O estudo das teorias do caos, ou sistemas dinâmicos não lineares, tem mudado a forma como os cientistas entendem o mundo (Alves, 2007). Prigogine (1996, p.32) nos ensina que, em sistemas caóticos, as condições iniciais podem ser extremamente próximas, mas suas trajetórias podem divergir exponencialmente ao longo do tempo.

Alves (2007) argumenta que as constantes transformações do mundo e do ambiente de negócios, em um modelo de transformação contínua, justificariam a utilização em estudos organizacionais da teoria dos sistemas dinâmicos não lineares, ou teoria do caos, ou teoria dos sistemas adaptativos complexos,

Nessa linha de pesquisa, Bloor and Dawson (1994), buscando compreender a cultura profissional no contexto das organizações, aduzem que a tarefa de compreender como as culturas organizacional e profissional interagem e evoluem requer um *framework* diferente daquele habitualmente utilizado. Para os autores, os fatores que contribuem para essa

diferenciação incluem atributos como conhecimento especializado, um código de ética próprio e o grau de comprometimento profissional. Esses fatores constituem um arcabouço ideológico que confere legitimidade e poder para requerer privilégios, além de grande autonomia para atuar (Bloor & Dawson, 1994).

No mesmo sentido, Denis, Langley and Rouleau (2007) argumentam que Organizações Pluralistas, dentre as quais se situam os hospitais, são caracterizadas por múltiplos objetivos, poder difuso e processos de trabalho baseados no conhecimento. Para os autores, em ambientes pluralistas, o estrategista está inserido em um processo contínuo e compartilhado, no qual valores sociais fundamentais podem estar em jogo e em que os padrões de tomada de decisão estratégica, inseridos em práticas e rotinas estabelecidas, devem ser considerados (Denis *et al.*, 2007). Para os autores, em contextos pluralísticos, as práticas e rotinas não são alteradas instantaneamente, sendo necessários persistência e compromisso de longo prazo para causar impacto (Denis *et al.*, 2007).

Plsek and Greenhalgh (2001), em consonância com Bloor and Dawson (1994) e Denis *et al.* (2007), argumentam que a metáfora das organizações como máquinas, com engrenagens lubrificadas, não funciona quando as partes do sistema não são constantes ou previsíveis. Desta forma, a teoria dos sistemas adaptativos complexos pode ajudar a lidar com essas questões de maneira mais adequada no sistema de saúde (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Esses autores conceituam sistemas adaptativos complexos como “uma coleção de agentes individuais, com liberdade para agir de maneiras não totalmente previsíveis, e cujas ações estão interconectadas, de modo que a ação de um agente altera o contexto de outros agentes”. (Plsek & Greenhalgh, 2001).

Plsek and Greenhalgh (2001), Plsek and Wilson (2001) e Sturmberg, O’Halloran and Martin (2012) argumentam que existe similaridade entre as características inerentes aos CAS e aos sistemas de saúde, tais como contínua auto-organização, limites pouco definidos, multiplicidade de relações não lineares e sensibilidade à condição inicial do sistema. Assim, para os autores, a adoção da teoria dos CAS poderia auxiliar na compreensão da dinâmica das relações entre os agentes do sistema de saúde. Esse argumento também é adotado por Glover, Nissiboin and Naveh (2020), para os quais a relação causal das interações entre membros da equipe e inovações somente pode ser compreendida em retrospecto, uma característica fundamental dos sistemas complexos. Esses autores argumentam ainda que a prática clínica, a administração e gestão da informação em hospitais são construídas sob uma teia de interações e agentes mais bem descritos como sistemas adaptativos complexos (Glover *et al.*, 2020).

Na próxima seção analisaremos, à luz da teoria dos sistemas adaptativos complexos, como as inter-relações entre os agentes na estrutura de poder dos hospitais ocorre.

2.2.1 Hospitais como sistemas adaptativos complexos

A origem dos hospitais, enquanto local de tratamento, é controversa, remontando aos templos gregos, como os dedicados a Esculápio, ou aos hospitais militares romanos (Ornellas, 1998). De acordo com a autora, através do tempo, essas instituições foram de casas de caridade, vinculadas a ordens religiosas católicas, a instituições públicas financiadas, através de impostos, a organizações modernas, nas quais cada unidade de capital investido deve gerar retorno, no modelo capitalista de produção (Ornellas, 1998). Passaram ainda de instituições de abrigo e acolhimento, com cuidado voltado à assistência material e espiritual, a locais de cura, voltados ao diagnóstico e tratamento de doenças e ao consumo de recursos tecnológicos avançados (Ornellas, 1998).

Com o aumento progressivo da complexidade hospitalar e do modo de produção do cuidado, houve a substituição dos médicos, enquanto gestores das instituições, por administradores profissionais, gerando uma dicotomia entre o impacto das decisões clínicas e as decisões administrativas (Anderson & McDaniel, 2000, Pascuci et al, 2018). Isto se deve, em parte, ao fato de que médicos e administradores possuem diferentes padrões de racionalidade (Anderson & McDaniel, 2000). Esses autores sugerem que a utilização da teoria dos CAS poderia levar a níveis diferenciados de compreensão da gestão de sistemas de saúde, porque

quando o modelo de sistemas adaptativos complexos é adotado, o foco do gerente passa do conhecimento do mundo para a compreensão do mundo, de prever o futuro para projetar o futuro, de encontrar a estrutura certa para manter a estrutura fluida e de superar os limites do sistema para liberar o potencial dinâmico do sistema. (Anderson & McDaniel, 2000, p. 84).

Neste trabalho, referir-se-á a sistemas complexos como sinônimo de sistemas adaptativos complexos (CAS), situando essas definições exclusivamente no contexto de Hospitais.

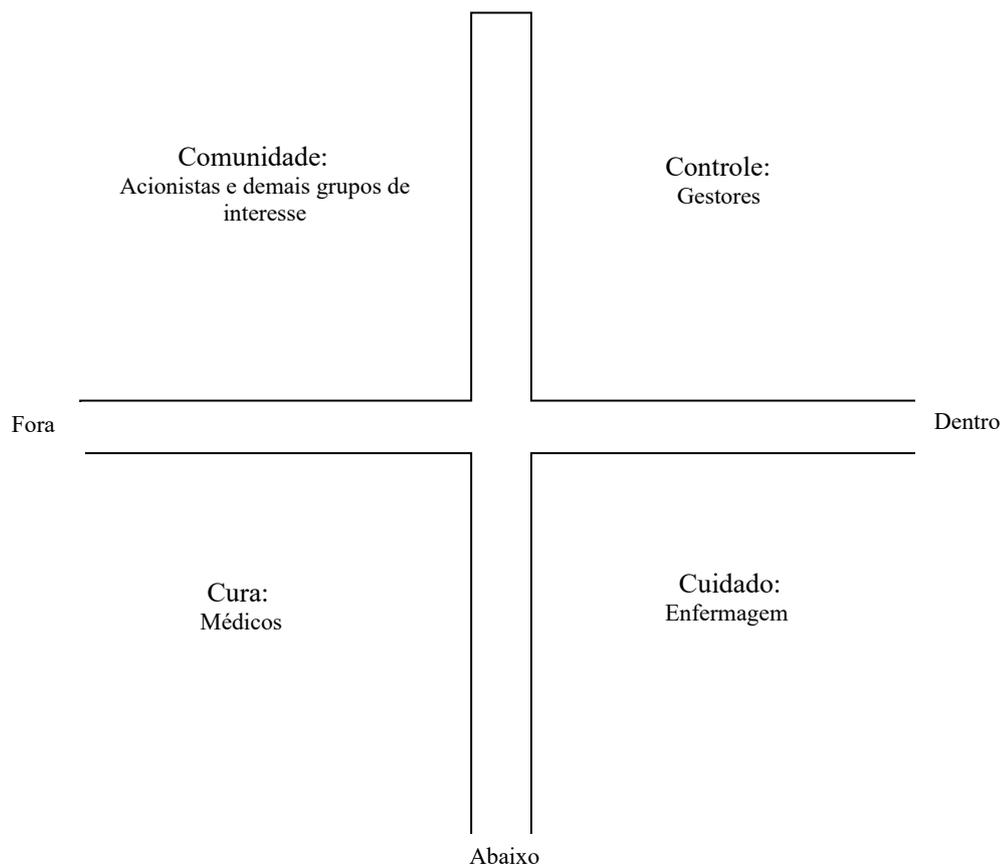
Anderson and McDaniel (2000), revisando a literatura em torno dos CASs, citam três características das organizações de saúde que devem ser consideradas quando pensamos em sua gestão. A primeira é o papel crítico desempenhado por conhecimentos e valores dos profissionais envolvidos, uma vez que esses conhecimentos e valores podem representar, de

forma contundente, valores socialmente enraizados na profissão, constituindo importante fonte de poder informal. A segunda é a necessidade de reconhecer que vários profissionais trazem suas habilidades e conhecimento para a tarefa, sendo esse conhecimento, também, uma fonte de poder informal. Por fim, existem diferenças significativas entre as próprias organizações de saúde que tornam a situação ainda mais complexa. Assim, mesmo possuindo estruturas organizacionais semelhantes, hospitais são diferentes entre si, assim como são diferentes entre si as operadoras de planos de saúde ou os consultórios médicos.

Entender a prática estratégica em sistemas complexos (ou pluralistas) requer a observação de como os membros da organização tomam decisões, dão sentido aos fenômenos organizacionais e operam estratégias (Meyer Junior *et al.*, 2012).

Tratando especificamente das interações entre os agentes, Glouberman and Mintzberg (2001), propuseram um *framework* que explicita a multiplicidade e complexidade das inter-relações entre os diversos agentes (Figura 2).

Figura 2 – Quatro dimensões de um Hospital geral



Fonte: Glouberman and Mintzberg (2001).

Segundo os autores, esse *framework* permite compreender a complexidade da gestão em hospitais, uma vez que alguns atores gerenciam nos quadrantes inferiores, ou seja, diretamente na assistência ao paciente, enquanto aqueles que estão nos quadrantes superiores cuidam do controle administrativo ou do custeio da organização. Outro ponto observado por Glouberman and Mintzberg (2001) refere-se aos quadrantes à direita e à esquerda, chamados de dentro e fora da organização. À esquerda, ou seja, fora da organização, encontra-se a comunidade, que não tem relação direta e exclusiva com a instituição, assim como os médicos que, apesar de atuarem no hospital, não respondem à hierarquia administrativa formal, constituindo sua própria hierarquia, além de poderem praticar fora da instituição (Glouberman and Mintzberg, 2001). Do lado de dentro, estão os gestores e o corpo de enfermagem, que geralmente é vinculado à hierarquia administrativa por força das relações contratuais de trabalho com a organização (Glouberman and Mintzberg, 2001).

Além dessa divisão, Glouberman and Mintzberg (2001) notaram o distanciamento entre atores que atuam na assistência e na administração. Assim, os médicos teriam o foco primariamente na cura do paciente, ao passo que a enfermagem tem foco na organização do cuidado e assistência contínua. Da mesma forma, gestores e comunidade estão distanciados, pois o foco dos primeiros reside na instituição e sua estratégia, ao passo que a comunidade pode ter objetivos diversos, de acordo com a agenda de cada grupo de interesse que a compõe. Desta forma, os autores demonstram que um hospital não é uma corporação única, mas a conjunção de quatro organizações, cada uma estruturada independentemente das demais.

Alinhados a essa proposição, Meyer Junior *et al.* (2012) argumentam que os hospitais são organizações pluralistas com múltiplos objetivos, não necessariamente compatíveis com uma direção estratégica única. Esse conceito deriva da multiplicidade de lideranças (acionistas, administradores, médicos e demais profissionais de saúde), além de lidar com elementos de incerteza, como avanços constantes na tecnologia, alterações regulatórias e mudanças no próprio sistema de saúde (Meyer Junior *et al.*, 2012).

Para Meyer Junior *et al.* (2012), instituições que tendem a ser mais maleáveis, outorgando maior autonomia para os agentes, maior capacidade de auto-organização e um sistema de controle mais flexível, obtém maior sucesso na implementação de estratégias. Isto ocorreria devido ao enfraquecimento do sistema de poder paralelo representado pelas categorias profissionais. A descentralização e flexibilidade estimulam estratégias, aprimorando a prática do *sensemaking* e da criatividade e, ao mesmo tempo, valoriza a expertise dos profissionais (Meyer Junior *et al.*, 2012).

Um importante fator associado à dificuldade de implementação da estratégia em uma das instituições analisadas por Meyer Junior *et al.* (2012) foi a falta de engajamento da alta administração nos processos de *sensemaking* para a média gerência. Nas palavras dos autores,

como a *holding* se concentrou na tomada de decisões e no estabelecimento de metas e estratégias hospitalares, as práticas de gestão estratégica foram reduzidas, especialmente porque os gerentes de nível médio não entendiam onde e como implementar estratégias. (Meyer Junior *et al.*, 2012, p.30).

Por outro lado, Takahashi (2011) constata que gestores hospitalares alegam dificuldade no envolvimento dos médicos no processo de avaliação de modelos de pagamento. Entretanto, algumas instituições conseguem maior adesão ao envolver os profissionais na formatação dos modelos. Isto acontece, nas palavras da autora, porque “os protocolos a serem seguidos são formatados pelos próprios especialistas executores”. (Takahashi, 2011, p. 80).

Diante da papel crítico desempenhado por conhecimentos e valores dos profissionais envolvidos (Anderson & McDaniel, 2000), da independência dos médicos em relação à hierarquia administrativa formal, constituindo sua própria hierarquia (Glouberman & Mintzberg, 2001), e da percepção pelos gestores hospitalares de uma dificuldade no envolvimento dos médicos no processo de avaliação de modelos de pagamento (Takahashi, 2011), torna-se necessário compreender como os médicos percebem o significado da mudança diante dos valores socialmente enraizados na profissão, que constituem a própria identidade profissional.

Na próxima seção, buscaremos compreender como ocorre o *sensemaking* de médicos quando confrontados com mudanças com potencial de afetar a percepção de sua identidade profissional e os valores culturalmente aceitos da profissão.

2.3 *Sensemaking* e identidade profissional entre médicos

Estudando a relação entre líderes médicos e não médicos atuando no Sistema Nacional de Saúde (NHS – inglês), Mitra, Hoff, Brankin and Dopson (2017) argumentam que esses líderes tendem a agir de acordo com crenças e valores aprendidos em funções exercidas previamente. Os autores revelam três níveis geradores de tensão entre as lideranças médicas e não médicas, a saber, interpessoal, operacional (sobretudo prazos e orçamentos) e cultural (cultura médica). Para mitigar as tensões, os líderes lançam mão de comunicação proativa e quebra de silos ao estabelecerem objetivos comuns entre os pares, reconhecendo que o paciente deve ser o alvo da atenção (Mitra *et al.*, 2017).

Já Flitter *et al.* (2012) argumentam que a resistência de médicos à implementação de inovações é bem conhecida. Entretanto, podem ser extremamente hábeis em *sensemaking* como resultado das poderosas ferramentas de linguagem e estrutura social associadas ao modelo hierárquico de saúde. Para esses autores, o *sensemaking* pode reforçar posições de resistência à mudança entre médicos, ao ativar gatilhos que ameacem a identidade de grupo (Flitter *et al.*, 2012).

Este achado assemelha-se ao encontrado por Azevedo, Sá, Cunha, Matta, Miranda e Grabois (2017), que relatam dificuldades com a classe médica para implantação de melhorias em hospitais do SUS. De acordo com os autores, problemas de comunicação, aliados a bases de construção do poder e a aspectos intersubjetivos, além de uma alegada interferência na autonomia profissional, atuariam como dificultadores no processo de ajuste dos médicos (Azevedo *et al.*, 2017). No caso estudado, os autores encontraram aspectos positivos mediados por reuniões regulares, colegiados e discussões de caso, além da mediação dos Diretores Clínico e Técnico tanto no campo político-institucional quanto em questões intersubjetivas entre demandas do corpo clínico e possibilidades administrativas, de forma a favorecer a adesão dos médicos às mudanças pretendidas (Azevedo *et al.*, 2017).

Pascuci e Meyer Jr. (2013), estudando o processo de formação de estratégia em dois hospitais da região de Curitiba, BR, com enfoque na teoria dos CAS e de *sensemaking*, concluíram que a formação das estratégias organizacionais em ambos foi marcada muito mais por ações individuais, do dia a dia (práxis), do que efetivamente por alterações que possibilitassem a quebra de tradições e mudança de normas e rotinas (práticas). Tal característica resulta do conhecimento tácito e *sensemaking* dos agentes motivados por esquemas individuais e compartilhados (Pascuci e Meyer Jr., 2013). Práxis, no contexto hospitalar, demonstraram ser dinâmicas e pontuais, podendo assumir um caráter estratégico

dependendo de quem as executa, do propósito pelo qual surgem e de como são executadas (Pascucci & Meyer Jr., 2013). Esses mesmos autores, estudando os componentes de CAS, citam especificamente a falta de apoio e cooperação dos profissionais especialistas como fator de fortalecimento do sistema de poder informal, dificultando a formação da estratégia (Pascucci e Meyer Jr., 2013).

Por outro lado, Edmondson, Bohmer and Pisano (2001) estudaram o aprendizado em equipe e a implementação de uma nova tecnologia em cirurgia cardiovascular em dezesseis hospitais cujas equipes eram consideradas de alta *performance*, com excelentes reputações e resultados cirúrgicos. Essa tecnologia demandava profunda alteração na rotina da equipe em sala cirúrgica. Os autores identificaram que instituições que obtiveram sucesso na implementação usaram o envolvimento no processo para motivar a equipe, planejamento de sessões práticas preparatórias, simulações para criar segurança psicológica, encorajar novos comportamentos e promover compartilhamento de significado e melhoria de processo através de práticas reflexivas (Edmondson et al, 2001). Pode-se concluir que as instituições que tiveram sucesso foram capazes de promover *sensemaking* coletivo em equipes altamente especializadas, para as quais qualquer alteração na rotina de trabalho em sala cirúrgica pode significar a morte do paciente. Este estudo levanta a proposição de que, mesmo profissionais especializados, quando adequadamente envolvidos e participando ativamente do processo de mudança, contribuem para o sucesso de sua implementação (Edmondson et al, 2001).

Lusiani and Langley (2019) estudaram mecanismos para o alcance de coerência estratégica, isto é, o alinhamento de objetivos estratégicos da alta administração com os valores e objetivos dos profissionais, no caso estudado. Segundo as autoras, as estratégias adotadas pela alta direção foram buscar maior envolvimento de médicos e enfermeiros no planejamento estratégico, orçamento e gestão de projetos. Além disto, foi criado um escritório de planejamento, para orientar os profissionais nessas atividades. As autoras concluem que as ferramentas utilizadas para a integração permitem que os agentes percebam que suas propostas são consideradas, aumentando o grau de engajamento com a instituição e a direção estratégica pretendida (Lusiani and Langley, 2019).

Em consonância com os achados de Edmonson, Bohmer and Pisano (2001), Pascucci e Meyer Jr. (2013), Azevedo *et al.* (2017) e Luisiani and Langley (2019), Salvatore, Numerato and Fattore (2018) identificaram a influência nas decisões organizacionais como um dos atributos da autonomia médica. Essa autonomia, por sua vez, é citada por Hoff and McCafrey (1996), Kyratsys *et al.* (2017), Hendrikx (2018), Salvatore *et al.* (2018) e Fournier *et al.* (2020) como um dos principais componentes da identidade profissional médica.

Salvatore *et al.* (2018) identificam ainda a liberdade para organizar o trabalho e a liberdade social e financeira como valores da autonomia médica. Assim, a identidade profissional médica seria influenciada pelo senso de autonomia profissional, composto, de acordo com Salvatore *et al.* (2018), pela possibilidade de influenciar nas decisões organizacionais, pela liberdade para tratar o paciente como julgar mais adequado (autonomia clínica) e pela liberdade financeira e social, que dizem respeito a controlar o próprio fluxo financeiro e agenda de trabalho.

Para Doolin (2002), a autonomia médica também se assenta sobre três pilares denominados pelo autor autonomia política, autonomia técnica (clínica) e autonomia econômica. Para o autor, autonomia política diz respeito à liberdade para estabelecer políticas em seu campo de atuação. Já autonomia clínica refere-se à reivindicação ao direito exclusivo ao conhecimento médico e a diagnosticar e tratar os pacientes. Autonomia econômica consiste na liberdade de estabelecer sua remuneração (Doolin, 2002). Esse autor argumenta que a compreensão da identidade profissional é essencial para o entendimento das reações de médicos às tentativas de controlar sua prática e seu comportamento (Doolin, 2002)

Como vimos, *sensemaking* tornou-se uma importante abordagem teórica sobre significado e interpretação no campo da estratégia nas organizações (Cornelissen & Schildt, 2015). O poder legitimado pode influenciar no *sensemaking*, porém essa ação não é exclusiva da liderança, podendo desenvolver-se de várias formas, em vários locais da organização (Smircich & Stubbart, 1985). Em organizações complexas, por exemplo, o conhecimento especializado, um código de ética próprio e o grau de comprometimento profissional conferem legitimidade e poder para certas categorias atuarem com grande autonomia dentro da organização (Bloor & Dawson, 1994). Como os médicos detêm um poder paralelo ao da hierarquia formal, constituindo o grupo profissional mais influente na estrutura hospitalar (Glouberman & Mintzberg, 2001), autores como Anderson and McDaniel (2000), Plsek and Greenhalg (2001), Plsek and Wilson (2001), Sturmberg *et al.* (2011) e Meyer-Junior *et al.* (2012) têm estudado os hospitais à luz da teoria dos CASs. Entretanto, os médicos são reconhecidamente resistentes à mudança (Takahashi, 2011, Pacucci & Meyer-Junior 2013, Azevedo *et al.*, 2017), podendo, inclusive, desenvolver *sensemaking* negativo (Flitter *et al.*, 2012) em relação à estratégia pretendida.

Por outro lado, quando envolvidos no processo de planejamento da mudança, esses profissionais colaboram e aderem à estratégia pretendida (Edmondson *et al.*, 2001, Takahashi, 2011, Luisani & Langley, 2019). Aliado a esses achados, temos o trabalho de Maitlis and

Christianson (2014), demonstrando três fatores que contribuem para desencadear o processo de *sensemaking*: turbulências no ambiente, ameaças à identidade e mudanças planejadas.

O Quadro 2 sintetiza os principais elementos constitutivos da identidade profissional médica e seus conceitos, além de apresentar os autores que trabalharam cada construto.

Para compreender o processo de *sensemaking* dos médicos e sua resistência ou sua adesão à estratégia organizacional, é importante compreender quais ameaças aos padrões de identidade profissional são percebidas por esses agentes e identificar possíveis caminhos para aumentar a adesão dos mesmos à mudança.

Quadro 1 – Principais elementos constitutivos da identidade profissional médica

Categoria Analítica	Definição Constitutiva	Autores
Autonomia Clínica	Direito exclusivo ao conhecimento médico e a diagnosticar e tratar os pacientes como julgar mais adequado.	Doolin, (2002) Salvatore <i>et al.</i> (2018)
Autonomia Financeira	Liberdade da categoria, ou do próprio entrevistado, em estabelecer seus honorários.	Doolin (2002) Salvatore <i>et al.</i> (2018)
Autonomia Política	Possibilidade de influenciar nas decisões institucionais e de estabelecer sua própria agenda, ritmo de trabalho e critérios de avaliação	Doolin (2002) Salvatore <i>et al.</i> (2018) Azevedo <i>et al.</i> (2017); Lusiani and Langley (2019)

Fonte: Elaborado pelo autor.

3 METODOLOGIA

Nesta seção, dividida em quatro subseções, será detalhada e justificada a metodologia utilizada para coleta e análise de dados desta dissertação.

Na primeira será explicitado o desenho da pesquisa. A seguir, o método de coleta de dados será descrito e justificado. Na terceira subseção, será trabalhado o método de análise dos dados coletados e após, descrito o contexto da pesquisa, apresentada a instituição estudada, definida a unidade empírica de análise e as categorias analíticas propostas para o presente estudo.

3.1 Desenho da Pesquisa

Neste trabalho, utilizou-se a Pesquisa Qualitativa, através de Estudo de Caso Único, de corte transversal. A coleta de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas, analisando-se seu conteúdo através do software NVivo®.

3.1.1 A Pesquisa Qualitativa

A Pesquisa Qualitativa caracteriza-se pela inexistência de fórmulas pré-concebidas ou modelos estabelecidos que orientem o pesquisador. Assim, a análise dos dados depende da capacidade e estilo do pesquisador (Gil, 2008).

Analisando as questões da perspectiva do participante e apresentando grande sensibilidade ao contexto da organização, esse método é especialmente apropriado e frequentemente utilizado no estudo das construções e relatos dos membros da organização (Maitlis, 2005).

Gioia and Chittipeddi (1991, p. 434) examinaram cada um dos relatos dos informantes, por meio da análise qualitativa de conteúdo, para determinar explicações para vários eventos e atividades que ocorreram. Gioia, Thomas, Clark and Chittipeddi (1994, p. 367) buscaram apresentar a visão dos atores, através de análise qualitativa rigorosa. Maitlis (2005, p 23) ressalta que o método qualitativo considera a visão do participante da pesquisa e não do pesquisador, sendo, por isto, frequentemente utilizado na análise das construções e relatos dos membros da organização. Balogun and Jonhson (2005, p.1576) utilizaram o método qualitativo para capturar a diversidade e complexidade do contexto da pesquisa.

Assim, para avaliar, na perspectiva dos entrevistados, como, a partir da identificação de ameaças à identidade profissional, os agentes constroem o significado de uma mudança estratégica proposta e, além disto, quais as sugestões estes agentes apresentam para obter maior adesão à estratégia pretendida, a análise qualitativa mostra-se mais adequada ao desenho da pesquisa.

3.1.2 O Estudo de Caso

Yin (2015, p.2) destaca que o estudo de caso advém do desejo de entender fenômenos sociais complexos, dentre os quais os processos organizacionais. Segundo esse autor, as pesquisas utilizando estudo de casos são caracterizadas por questões iniciadas com “como” ou “por que”, pela contemporaneidade dos eventos e por não requererem controle dos eventos comportamentais.

Os estudos de caso podem cobrir tanto casos únicos quanto múltiplos. O estudo de caso único permite ao pesquisador aprofundar-se em aspectos específicos do tema, porém restringe sua extrapolação para outras organizações, ainda que do mesmo setor da economia (Maitlis, 2014).

Yin (2015, p.54) destaca as circunstâncias nas quais o estudo de caso único está justificado, dentre as quais se situa o caso peculiar. Essa situação é caracterizada quando o caso “pode oferecer uma oportunidade distinta que vale a pena documentar e analisar”.

De acordo com Yin (2015, p.20), o estudo de caso “tem um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação”, sendo “ mais importante, explicar os presumidos vínculos causais nas intervenções da vida real que são demasiado complexos para as estratégias de levantamento ou experimentais”.

Assim, justifica-se a escolha do método para o presente trabalho, uma vez que este se propõe a investigar como ameaças à identidade profissional influenciam no processo de *sensemaking* de médicos diante de uma nova estratégia que vem sendo discutida na organização.

3.2 Coleta de Dados

Além do acesso aos médicos do corpo clínico da instituição, consideramos e solicitamos, formalmente, acesso a documentos da organização. Entretanto, devido à sensibilidade do tema e a sua relevância do contexto do posicionamento de mercado do hospital

estudado, optamos por construir este trabalho tendo apenas as entrevistas como método de coleta de dados. Situação similar foi reportada por Jolemore (2018).

3.2.1 A Entrevista como método de coleta de dados

As entrevistas estão entre as estratégias mais conhecidas para coletar dados qualitativos (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006), sendo esta considerada a técnica por excelência na investigação social (Gil, 2008). Permite a obtenção de informações sobre os mais variados aspectos das interações sociais e a obtenção de dados classificáveis, quantificáveis e em profundidade, acerca do comportamento humano (Gil, 2008), objetivando contribuir para ampliar um conjunto de conhecimentos conceituais e teóricos.

São descritas três formas de entrevistas, conforme o grau de liberdade concedida ao entrevistado para responder. Não é objeto desta seção explorar os conceitos de entrevista estruturada e não estruturada. Concentraremos nosso foco na entrevista semiestruturada, que é o formato mais utilizado para a pesquisa qualitativa.

Neste formato, o pesquisador conduz a conversa de maneira fluida, porém observando o protocolo de pesquisa (Yin, 2015), permitindo ao entrevistado manifestar-se livremente sobre os pontos a serem abordados (Gil, 2008). O entrevistador realiza poucas perguntas diretas e intervém, de maneira sutil, apenas quando o entrevistado se desvia do tema da pesquisa (Gil, 2008).

DiCicco-Bloom and Crabtree (2006) citam como vantagens do método a possibilidade de o entrevistado compartilhar descrições de fenômenos do dia a dia, participando da criação de significado.

Laine and Vaara (2007) utilizam o método deixando que os entrevistados falem da forma mais livre possível, porém entremeando a entrevista com algumas questões específicas relacionadas aos objetivos da pesquisa. Muelle, Sillince, Harvey and Howorth (2003) justificam a escolha da entrevista como método de pesquisa, uma vez que possibilita a compreensão das formas de comunicação e relacionamento social utilizadas pelos entrevistados para compreender sua situação. Denis *et al.* (2007) utilizam múltiplas fontes de dados, incluindo entrevistas, pois estas, apesar de mais sujeitas a um viés retrospectivo, permitem compreender o desenrolar dos eventos e como as pessoas sentiram-se diante dos mesmos.

3.2.1.1 Seleção dos entrevistados

A seleção dos entrevistados foi feita pelo Diretor Médico da Instituição, a partir de critérios estabelecidos em comum acordo com o pesquisador, a saber:

- Ser membro permanente do Corpo Clínico (médicos residentes e outras categorias cuja vinculação com a instituição seja temporária foram excluídos)
- Chefes de serviço (*Heads*) e membros do *staff*.
- Profissionais com tempo de atuação no Hospital variado.
- Incluir especialidades clínicas e cirúrgicas.
- Incluir médicos com e sem experiência administrativa.

O Quadro 3 mostra o perfil dos 11 entrevistados.

Quadro 2 – Perfil dos entrevistados

Especialidade	Categoria	Tempo na instituição (anos)
Anestesista	<i>Staff</i>	8
Cirurgia cutânea	<i>Head</i>	25
Cirurgião de abdome	<i>Staff</i>	13
Cirurgião de cabeça e pescoço	<i>Head</i>	15
Cirurgião de cabeça e pescoço	<i>Staff</i>	18
Cirurgião Ginecologista	<i>Head</i>	13
Oncologista clínico	<i>Staff</i>	5
Oncologista clínico	<i>Staff</i>	1
Radioterapia	<i>Head</i>	25
Urologista	<i>Head</i>	20
Urologista	<i>Staff</i>	15

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para assegurar a confidencialidade em relação à identidade do(a) entrevistado(a), foi utilizado o aplicativo “True Random Generator®”, disponível na Google® Store, que gera números aleatórios. O pesquisador utilizou o intervalo numérico de 0 a 1000, sem repetições, de modo a assegurar completa confidencialidade. Os entrevistados foram informados de seu respectivo número, e as entrevistas foram identificadas apenas com o número gerado. Somente

o pesquisador tem acesso à chave de identificação nome/número para o caso de ser necessário algum esclarecimento do(a) entrevistado(a).

As entrevistas foram realizadas entre 5 e 9 de outubro de 2020, sendo gravadas e transcritas de maneira literal.

3.2.1.2 Roteiro de entrevistas

O primeiro bloco de perguntas (questões 1 a 4) visa estabelecer a relação com o entrevistado, conhecer sua formação acadêmica e seu contexto profissional na organização, além de sua visão do setor de saúde e do contexto da mudança no modelo de remuneração, identificando possíveis resistências ao modelo.

As questões 1 e 2 não foram gravadas para preservar a identidade do entrevistado.

1. Antecedentes do entrevistado:
 - Formação acadêmica.
 - Experiência profissional.
2. Situação atual do entrevistado:
 - Apresentação da organização.
 - Função e responsabilidades.
3. Visão geral do entrevistado sobre o mercado de saúde e a relação dos prestadores de serviços hospitalares com as fontes pagadoras.
4. Conhecimento e compreensão, pelo entrevistado, dos modelos de pagamento por serviços hospitalares existentes no mercado.

As questões a seguir (5 a 10) buscam a percepção do médico em relação ao tema, como está sendo feita a sensibilização interna, quais ameaças o(a) entrevistado(a) percebe em relação ao assunto e quais as sugestões para aumentar a adesão da categoria profissional à mudança.

5. Como são realizadas as discussões internas sobre o tema? Você se recorda de algum evento (reuniões gerais, ou do departamento ao qual está subordinado) no qual o assunto tenha sido abordado?
6. Além de eventos, houve algum tipo de comunicação interna? Que tipo de comunicados foram utilizados?

7. O que chamou sua atenção no processo de comunicação?
8. Você conversa com outros colegas médicos sobre o tema? Qual sua percepção sobre o engajamento dos médicos em geral sobre esse assunto? Na sua opinião, o que motiva esse engajamento?
9. Percepção, pelo entrevistado, de possível impacto em sua prática médica decorrente desses novos modelos de pagamento por serviços hospitalares.
10. Sugestões do entrevistado para aprimorar o processo de discussão interna e comunicação em relação ao tema “novos modelos de remuneração”.

3.3 A Análise dos Dados

Para categorização e análise dos dados, utilizou-se o software NVivo®, que permite o arquivamento, organização, categorização e análise, além de visualização gráfica, possibilitando a identificação de agrupamentos e correlações entre as categorias de análise definidas.

3.3.1 Análise de Conteúdo

A técnica utilizada foi a análise de conteúdo, definida por White and Marsh (2006) como uma abordagem rigorosa e sistemática de análise de documentos obtidos ou gerados durante uma pesquisa.

Para Weick (1995), embora o conteúdo seja um recurso essencial para o *sensemaking*, ainda mais importante é o significado desse conteúdo. E esse significado depende da forma como os diversos conteúdos da organização, incorporados em sinais, estruturas e conexões, estão interligados.

Utilizando a análise de conteúdo, o pesquisador examina o texto detalhadamente em busca de padrões e conceitos (White & Marsh 2006). Gioia and Chittipeddi (1991) e Balogun and Jonhson (2005) analisaram o conteúdo de entrevistas, utilizando achados de primeira e segunda ordem. Essa metodologia permitiu identificar eventos (achados de primeira ordem) e suas consequências (achados de segunda ordem), na visão dos sujeitos da pesquisa.

Brown and Humphreys (2012) referem que um dos fundamentos da literatura na qual baseiam seu trabalho é que os seres humanos são predispostos a pensar de forma narrativa e que essa narrativa, compartilhada em grupos nas organizações, promove o *sensemaking*,

podendo ser modificada de maneira sutil e superficial ou abrupta e profunda, de forma a dar conta das mudanças organizacionais.

Jolemore (2018), estudando o processo de formação de lideranças médicas, refere que a análise de conteúdo permite desenvolver conhecimentos sobre os temas que compõem o conteúdo das narrativas. A autora utilizou a categorização de conteúdo, considerado como método clássico na análise de conteúdo. Através dessa técnica, as categorias de cada tópico são identificadas, e seu conteúdo é analisado e comparado. Em seu trabalho voltado ao aprendizado em liderança, a autora encontrou como um dos grandes temas que emergiram das entrevistas a questão da identidade profissional médica.

3.3.2 Categorias analíticas

Para compor o estudo de caso, foram definidas as seguintes categorias analíticas (Quadro 4).

Quadro 3 – Categorias de Análise e Definições Operacionais

Categoria Analítica	Definição Operacional				
	Definição Constitutiva	O que será avaliado	Autores	Questões para roteiro de entrevista	Como foi operacionalizado
Autonomia Clínica	Direito exclusivo ao conhecimento médico e a diagnosticar e tratar os pacientes como julgar mais adequado.	Percepção do entrevistado em relação à imposição de controles internos ou externos ao tratamento prescrito.	Doolin (2002); Salvatore <i>et al.</i> (2018)	9. Percepção, pelo entrevistado, de possível impacto em sua prática médica decorrente desses novos modelos de pagamento por serviços hospitalares.	Através de entrevistas semiestruturadas com médicos de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas do Hospital.
Autonomia Financeira	Liberdade da categoria, ou do próprio entrevistado, em estabelecer seus honorários.	Qual o significado atribuído pelo entrevistado a essa dimensão e como, em sua avaliação, sua autonomia financeira será impactada diante de novos modelos de pagamento.	Doolin (2002); Salvatore <i>et al.</i> (2018)	3. Visão geral do entrevistado sobre o mercado de saúde e a relação dos prestadores de serviços hospitalares com as fontes pagadoras. 4. Conhecimento e compreensão, pelo entrevistado, dos modelos de pagamento por serviços hospitalares existentes no mercado.	
Autonomia Política	Possibilidade de influenciar nas decisões institucionais e de estabelecer sua própria agenda, ritmo de trabalho e critérios de avaliação.	Como o entrevistado percebe o engajamento dos médicos no processo de mudança, qual o nível de participação das categorias estudadas (Coordenadores e <i>staff</i>).	Edmonson <i>et al.</i> (2001); Doolin (2002); Pascucci and Meyer Jr. (2012); Salvatore <i>et al.</i> (2018); Azevedo <i>et al.</i> (2017); Luisiani and Langley (2019)	5. Como são realizadas as discussões internas sobre o tema? Você se recorda de algum evento (reuniões gerais, ou do departamento ao qual está subordinado) no qual o assunto tenha sido abordado? 6. Além de eventos, houve algum tipo de comunicação interna? Que tipo de comunicados foram utilizados? 7. O que chamou sua atenção nesse processo de comunicação? 8. Você conversa com outros colegas médicos sobre o tema? Qual sua percepção sobre o engajamento dos médicos em geral sobre esse assunto? Na sua opinião, o que motiva esse engajamento? 10. Sugestões do entrevistado para aprimorar o processo de discussão interna e comunicação em relação ao tema.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4 Contexto da Pesquisa

No Brasil, o sistema de saúde é formado por um componente público identificado através do SUS, com sua regulamentação própria, e um setor privado, denominado Saúde Suplementar, cujo marco regulatório ocorreu em 1998 através da edição da lei 9.656. O objetivo dessa lei foi regulamentar a atuação das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), através do estabelecimento de diversas exigências relativas à solvência das empresas, além de definir coberturas mínimas obrigatórias (reunidas posteriormente no Rol de Coberturas Mínimas Obrigatórias, ou simplesmente ROL), e regulamentando os índices de reajuste permitidos aos planos de saúde. Para alcançar esse objetivo, no ano 2000, a lei 9961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja atribuição é regulamentar a atuação das OPS diante de clientes e prestadores de serviços.

Estas alterações transformaram um sistema que era totalmente desregulamentado em um sistema fortemente regulado, no qual as OPS convivem com aumentos consideráveis de custos, tanto em função de incorporação de novas tecnologias quanto em função do aumento da utilização devido ao envelhecimento da população (Reis, 2018).

Além disto, o mercado de saúde é considerado imperfeito, uma vez que as perspectivas de custos dos pacientes hospitalares são diferentes para pacientes (consumidores), prestadores de serviços de saúde (fornecedores), seguradoras (terceiros pagadores) e a sociedade (Scott, Solomon, & McGowan, Jr., 2001). Esse fato leva os *stakeholders* a terem percepções diferentes e, por vezes, conflitantes do que é um gasto essencial e do que é mero desperdício de recursos.

Diante desse cenário, a ANS publica pela primeira vez, em sua página na internet, em 2010, notícia sobre a criação do Grupo de Trabalho de Remuneração de Hospitais, formado por representantes de hospitais e operadoras, com o “objetivo de definir um novo modelo para a sistemática de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar”. Em 2019, a agência reguladora lançou o Guia para a Implantação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor”. De acordo com esse Guia (ANS, 2019, p. 3), apenas em 2016 foi instituído o Grupo Técnico de Modelos de Remuneração, cujo trabalho culminou na publicação do referido Guia, que tem como

objetivo expor a perspectiva da ANS em relação aos modelos de remuneração de forma a induzir o setor para busca de alternativas para a forma de remunerar os prestadores de serviço em substituição ao *fee for service* exclusivo, desde que os novos modelos assegurem a qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos. (ANS, 2019, p. 9).

Não há menção no Guia, no sítio da ANS na internet, ou em mecanismos de busca, das razões que levaram à aparente paralisação dos trabalhos iniciados em 2010 e sua retomada somente em 2016.

Essas discussões no âmbito da agência reguladora levaram o setor hospitalar a promover discussões, no âmbito interno das organizações ou em suas entidades representativas, sobre os novos modelos de remuneração. Um exemplo foi o Congresso da Associação Nacional de Hospitais Privados (CONAHP), em 2019, cujo tema foi “*Saúde Baseada na Entrega de Valor: o papel do hospital como integrador do sistema*”, o que demonstra a importância que alguns dos principais hospitais brasileiros vêm dando a esse tema.

A seguir descreveremos brevemente como o hospital estudado vem abordando internamente a questão e qual a unidade empírica de análise utilizada neste trabalho.

3.4.1 Hospital estudado e Unidade Empírica de Análise

Fundado na década de 50 do século passado, o Hospital é uma instituição filantrópica, de nível terciário, especializada em atenção em alta complexidade, com Corpo Clínico Médico fechado, composto por 570 médicos de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

A Tabela 1 mostra os indicadores de estrutura e assistência do Hospital em 2019.

Tabela 1 – Indicadores de estrutura e assistência do hospital estudado

Leitos Operacionais	372
Leitos de UTI	53
Médicos cadastrados	570
Funcionários ativos	4.134
Consultas de pronto-socorro	26.424
Consultas ambulatoriais	345.049
Internações	22.187
Procedimentos cirúrgicos	22.107
Exames realizados (SADT)	2.155.849
Convênios atendidos (incluindo SUS)	88

Fonte: Adaptada pelo autor do Observatório ANAHP (2020) e sítio do Hospital na internet.

Em 2017, pela primeira vez, surge no Relatório de Sustentabilidade do Hospital a referência a “novos modelos de relacionamento com operadoras de planos de saúde, com foco em custo-efetividade”, como forma de geração de valor para a instituição e seus *stakeholders*.

Em 2018, no Relatório de Sustentabilidade, a Mensagem da Administração destaca que “parcerias com planos de saúde avançam com a estruturação para atender novos modelos de remuneração”. Ainda em 2018, o documento informa que o “diálogo constante com operadoras de planos de saúde tem ganhado relevância, pautado por temas como custo-efetividade, alocação eficiente de recursos e políticas de precificação mais inovadoras e equilibradas”. Já em 2019, o Relatório de Sustentabilidade aponta como um “avanço estratégico”, uma aproximação “das operadoras de saúde estabelecendo novas regras, novos modelos de remuneração, procedimentos gerenciados e compartilhamento de riscos”.

Vemos que a alta administração da instituição está ciente e relatando à sociedade a necessidade de avançar em modelos diferenciados de remuneração e reportando maior proximidade com as fontes pagadoras no desenvolvimento desses modelos.

Além disto, esse hospital participou de um projeto para tratamento de uma determinada doença, através da criação de um *bundle* (ou protocolo), que previa o pagamento de um valor previamente determinado e que englobava todos os atendimentos e procedimentos dos quais o paciente viesse a necessitar no período de 1 ano, incluindo cirurgias e eventuais complicações cirúrgicas, exames de diagnóstico e acompanhamento, todas as consultas e tratamentos complementares realizados nas dependências do hospital. O valor incluía tanto o pagamento das despesas hospitalares quanto os honorários de todos os médicos envolvidos. A elaboração e precificação desse *bundle* envolveu um grande número de agentes, tanto médicos quanto profissionais de outras áreas da saúde e equipe administrativa. Isto sinalizou, na prática, a disposição da alta direção em avançar em modelos diferenciados de pagamento e trouxe para o corpo de médicos envolvidos a perspectiva do que representam esses modelos. Alguns desses envolvidos participaram das entrevistas.

Diante disto, buscamos elementos que demonstrassem o conhecimento dos médicos, porém não apenas daqueles que participaram da elaboração do *bundle* citado, sobre a estratégia de desenvolver modelos alternativos de pagamento pelos serviços e como percebem seu impacto sobre os valores da profissão, ligados ao senso de autonomia. Desta forma, a unidade empírica de análise foi os médicos do corpo clínico, mesclando chefes de clínicas (*Heads*) e médicos do *staff*.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Categorias de análise

As entrevistas foram transcritas “*in verbis*”, sendo estas transcrições lidas uma primeira vez, junto à audição da respectiva gravação, em busca de inconsistências no texto transcrito. Uma vez aferida a correção das transcrições, as entrevistas foram lidas novamente em busca da identificação das categorias de análise previamente estabelecidas. Posteriormente, uma nova leitura foi feita em busca de subcategorias de análise e assim, até que fosse atingida a saturação, quando não encontramos mais novos elementos. Após essa etapa, os arquivos foram trabalhados no *software* NVIVO® e feitas as análises das categorias e subcategorias, buscando ainda expressões que denotassem sentimento de perda de autonomia profissional em relação à discussão de novos modelos de pagamento a prestadores de serviços.

Emergiu das entrevistas uma necessidade de informações claras sobre as mudanças propostas. Essa questão pode estar relacionada a um sentimento de pouca representatividade de setores do Corpo Clínico no processo de decisão. Uma vez que esse elemento não foi encontrado na literatura, o autor optou por inseri-lo em uma subcategoria específica para sua análise, porém relacionando-a à categoria “Maior participação ou maior representatividade nas decisões estratégicas”.

O Quadro 4 mostra as categorias de análise definidas no presente trabalho e as subcategorias que emergiram do campo.

Os resultados da pesquisa serão apresentados e discutidos de acordo com os achados.

Quadro 4 – Categorias e subcategorias de análise identificadas no campo

Categorias de Análise e Subcategorias identificadas	Definição
A: Autonomia Clínica	Direito exclusivo ao conhecimento médico e a diagnosticar e tratar os pacientes como julgar mais adequado.
A1: Interferência na prescrição médica	Interferência realizada após a indicação, internamente na instituição ou pelos planos de saúde, via negativa de autorização, por exemplo.
A2: Liberdade para indicar recursos	Autonomia para indicar o tratamento que considera mais efetivo para seu paciente.
B: Autonomia Financeira	Liberdade da categoria, ou do próprio entrevistado, em estabelecer seus honorários.

(Continua)

(Conclusão)

Categorias de Análise e Subcategorias identificadas	Definição
C: Autonomia Política	Possibilidade de influenciar nas decisões institucionais e de estabelecer sua própria agenda, ritmo de trabalho e critérios de avaliação.
C1: Definição da própria agenda de trabalho	Estabelecimento do próprio ritmo de atendimento e escalas de trabalho.
C2: Participação na decisão de critérios de avaliação de <i>performance</i>	Definição, em conjunto com as chefias imediatas dos critérios de avaliação de <i>performance</i> assistencial e acadêmica.
C3: Participação ou maior representatividade em decisões estratégicas	Participação direta ou via maior número de representantes nos comitês e nas discussões estratégicas.
C3.1: Falta de informações claras sobre as mudanças propostas	Necessidade de receber informações da forma mais direta possível, sem intermediários, e de receber <i>status report</i> de iniciativas das quais já tenha participado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1.1 Autonomia Clínica (A)

A Autonomia Clínica surgiu em respostas a duas questões do roteiro de entrevistas. Quando questionados sobre sua visão geral do sistema de saúde e da relação dos prestadores de serviço com as fontes pagadoras (pergunta 3), alguns entrevistados mencionaram a interferência na prescrição médica como uma situação que causa impacto negativo na assistência prestada. Quando questionados sobre sua percepção do impacto que modelos diferentes de pagamento pelos serviços prestados poderiam ter sobre sua prática médica (pergunta 9), alguns profissionais situaram essa questão sob duas perspectivas, a “interferência na prescrição médica” e a “liberdade para indicar recursos”. Essa percepção alinha-se ao relato de Hoff and McCaffrey (1996) de que os médicos percebem restrições crescentes em sua prática, porém, paradoxalmente, acreditam manter a autonomia em relação ao diagnóstico e tratamento.

4.1.1.1 Interferência na Prescrição Médica (A1)

A interferência na prescrição médica é um atributo percebido pelos entrevistados, com influência negativa sobre o *sensemaking* da mudança. Ao contrário dos achados reportados por Hoff and McCafrey (1996), para os quais os médicos pareciam ignorar que suas decisões não eram finais, nesse grupo de entrevistados encontramos médicos bastante conscientes de que as OPS interferem em suas prescrições e solicitações de exames e procedimentos, após a consulta.

Para esses profissionais, tal interferência se deve aos mecanismos de regulação estabelecidos pela ANS, que edita periodicamente o ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde, documento que estabelece as coberturas que são obrigatórias às OPS. A entrevista com o Sujeito 281 ilustra bem essa percepção:

(...) e eu vejo hoje que os planos estão cada vez mais restritivos nas liberações de exames, procedimentos, etc., principalmente por conta dos altos custos que estes procedimentos têm. Então eu vejo que isso acaba refletindo, em última análise, no paciente que às vezes tem algum procedimento negado, alguma medicação negada. Então eu vejo isso como algo que está, cada vez acontecendo mais, esse tipo de situação.

Principalmente da prática. Você pede um determinado tratamento e o convênio nega. Não vou pagar, não vai ter, não vai fazer.

E existe também uma problemática grande na minha área que é o seguinte: muitas vezes o medicamento já está aprovado pela ANVISA, então já está até na bula, mas não está no rol da ANS. E as reuniões da ANS é a cada dois ou três anos e os medicamentos acabam sendo incluídos depois de 2 ou 3 anos. Então, a hora que chega na reunião da ANS, aquilo que foi aprovado lá trás (pela ANVISA) já está antigo e já tem coisa melhor. Então, é um ciclo que toda hora se repete. Então o paciente acaba nunca, se você for seguir à risca o que está no rol da ANS, ele nunca recebe o que é melhor. Boa parte das vezes ele não recebe o que é melhor.

O discurso desse entrevistado condiz com as conclusões de Salvatore *et al.* (2018), que referem que a Autonomia Clínica é influenciada não apenas por fatores internos da organização. Fatores externos, como a utilização de ferramentas de medicina baseada em evidências, *guidelines* clínicos e regulação por autoridades governamentais, exercem grande influência sobre esse atributo da identidade profissional (Salvatore *et al.*, 2018).

Em relação à percepção do impacto da mudança de modelos diante da interferência na prescrição, existe a percepção, por alguns dos entrevistados, de que essa interferência deverá aumentar. Para um entrevistado (Sujeito 568), a mudança é fonte de grande insegurança, uma vez que existe a percepção, sua e dos colegas com os quais conversa informalmente, de que essas mudanças são feitas para “*controlar o máximo o que o médico vai fazer*”. Essa percepção é compartilhada pelo Sujeito 115, quando relata:

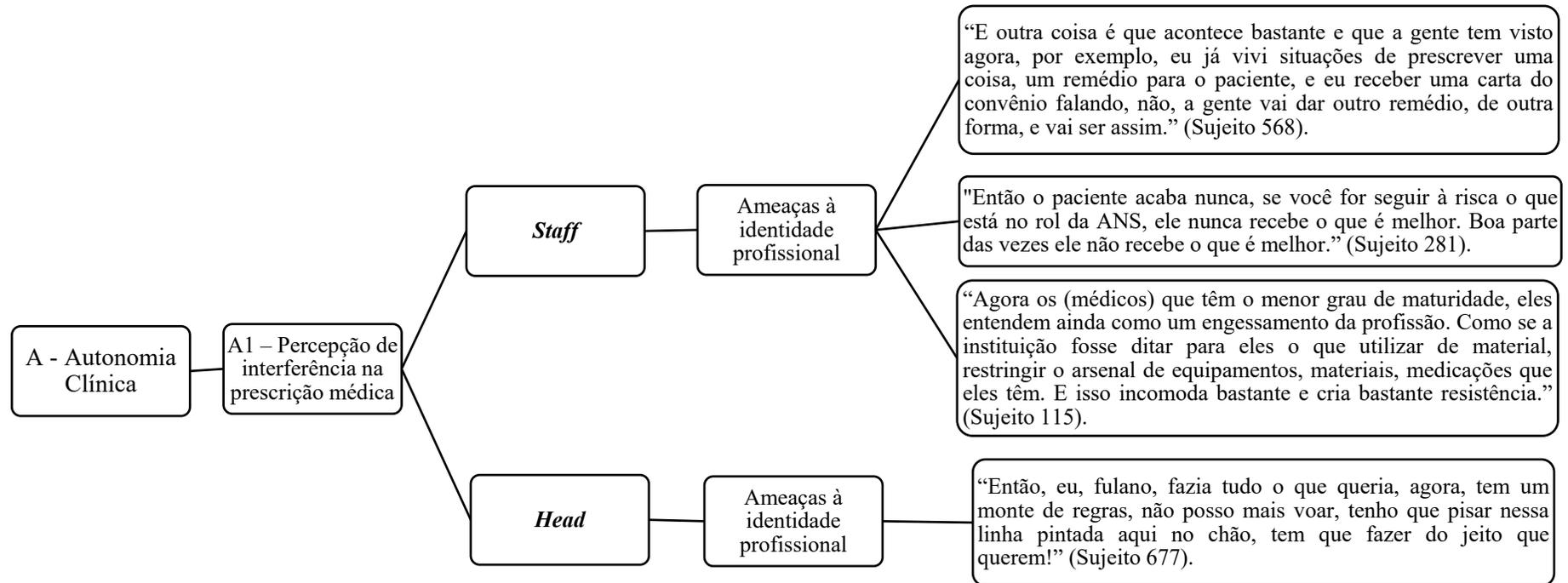
Agora os (médicos) que têm o menor grau de maturidade, eles entendem ainda como um engessamento da profissão. Como se a instituição fosse ditar para eles o que utilizar de material, restringir o arsenal de equipamentos, materiais, medicações que eles têm. E isso incomoda bastante e cria bastante resistência.

Esse relato mostra que existem indivíduos com graus de maturidade (em relação à necessidade de mudança) diferentes. Além disto, o Sujeito 115 tem a percepção de que as OPS não autorizam determinados itens solicitados pelos médicos por desconhecerem que eles

promovem melhor desfecho para o paciente, com possibilidade de alta precoce. Esse entrevistado percebe, ainda, um movimento do corpo médico do Hospital em busca de conhecimentos em Administração para melhor compreender as necessidades da instituição e do mercado de saúde.

A Figura 3 sintetiza a percepção dos entrevistados em relação às mudanças propostas e àquelas que já estão em andamento diante das interferências na prescrição.

Figura 3 – Ameaças à Identidade Profissional diante da percepção de interferência na prescrição médica, por categoria do corpo clínico.



Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.1.2 Liberdade para indicar recursos (A2)

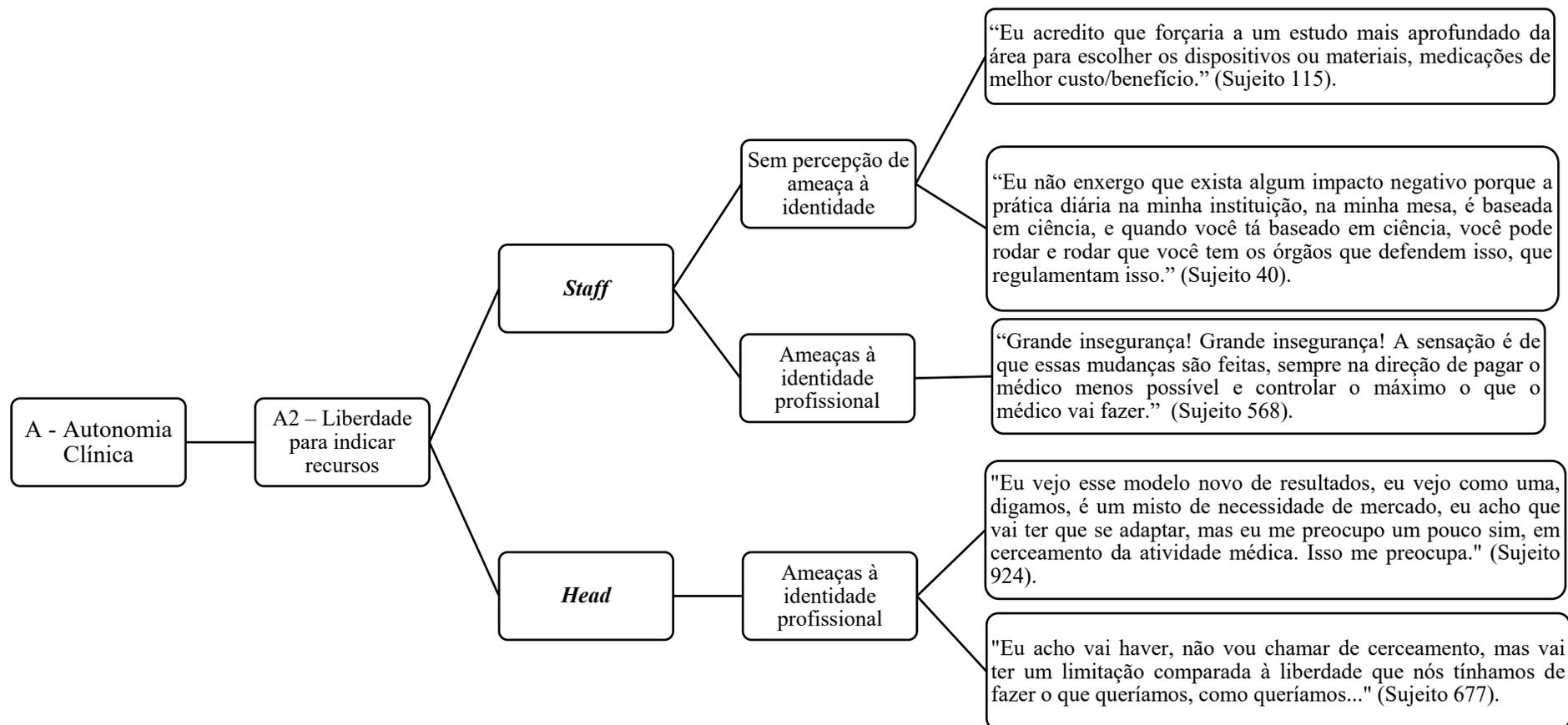
Nessa categoria de análise, encontramos médicos que percebem que ainda mantêm controle sobre os meios de diagnóstico e tratamento (Hoff & McCaffrey, 1996). Em parte, essa percepção decorre da avaliação de que sua prática é embasada em evidências científicas (Sujeito 40) ou pela crença de que, ao medir desfechos (Sujeito 115) ou participar diretamente na construção dos novos modelos (Sujeito 588), a autonomia para indicar recursos seria preservada. De acordo com Salvatore *et al.* (2018), essa percepção estaria equivocada, uma vez que, para esses autores, além de controle gerencial e preocupações com custo, sistemas de mensuração de *performance* e protocolos institucionais, também constituem barreiras à Autonomia Clínica.

Outros entrevistados possuem uma percepção em linha com Salvatore *et al.* (2018), considerando que haverá um cerceamento da atividade médica (Sujeitos 568, 677 e 924). A resposta do Sujeito 569 em relação à percepção de outros médicos, obtida por ele em conversas informais, reflete o sentimento e as preocupações dos profissionais:

Grande insegurança! Grande insegurança! A sensação é de que essas mudanças são feitas, sempre na direção de pagar o médico menos possível e controlar o máximo o que o médico vai fazer.

A Figura 4 mostra a percepção geral dos entrevistados sobre a liberdade para indicar recursos.

Figura 4 – Percepção dos entrevistados de ameaças à Identidade Profissional em relação à Liberdade para indicar recursos.



Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.2 *Autonomia Financeira (B)*

Hoff and McCaffrey (1996), comparando médicos com vínculo empregatício e profissionais liberais, encontraram diferentes percepções em relação ao atributo Autonomia Financeira. O grupo com vínculo empregatício não apresentava objeções em trocar a autonomia econômica por estabilidade financeira, ao passo que, para o outro grupo, o ganho financeiro crescente seria um prêmio pelo risco assumido ao renunciar à estabilidade oferecida por um emprego (Hoff & McCafrey, 1996). Salvatore *et al.* (2018) também constatam diferentes percepções dessa categoria de análise de acordo com o vínculo do profissional à instituição, se empregado ou não.

Nesta pesquisa, todos os médicos se identificam como profissionais liberais em relação ao Hospital, visto que nenhum deles possui vínculo empregatício. A identificação do médico como profissional liberal é demonstrada no discurso do Sujeito 677:

É uma tradição oral, vamos dizer, de séculos, de décadas, que é uma coisa que tá acabando, então ele cobrava o que queria, ele pedia o que queria, ele não tinha que se importar muito com a fonte pagadora, quanto tempo o paciente vai ficar internado, material, medicamento, nada disso.

A percepção de perda de autonomia financeira é identificada pela sentença no passado “ele cobrava o que queria”. Essa percepção é corroborada no discurso de outros entrevistados, uma vez que o honorário médico deixou de ser acordado diretamente entre o profissional e o paciente e passou a ser negociado entre hospital e operadoras de planos de saúde. Assim, para o Sujeito 924, a impressão é de que “para honorário, o que vier tá bom.” Para esse entrevistado, há o receio de que, caso o médico não participe das discussões do modelo de remuneração, ele seja “vendido barato”. Esse sentimento se aproxima da percepção dos Sujeitos 177, 568 e 677, para os quais, além da perda de autonomia na negociação, ocorre também uma depreciação dos honorários negociados entre a instituição e as operadoras, apesar de haver reconhecimento à excelência profissional:

A impressão é de que cada vez mais, o número de administradores dentro do hospital cresce, o poder deles cresce, e que, vamos dizer assim, o estímulo é para empurrar cada vez mais para baixo os salários dos médicos, o quanto possível. (Sujeito 568).

(...) esse modelo que parece que vem de fora, com resultados obtidos fora e se pede uma replicação. Excelência igual lá fora, mas com pagamento igual aqui. E isso é um problema, como os médicos veem. Então, eu, fulano, fazia tudo que queria, agora, tem um monte de regras, não posso mais voar, tenho que pisar nessa linha pintada aqui no chão, tem que fazer do jeito que querem e eu tenho que ganhar o que eles querem me pagar. (Sujeito 677).

(...) quando você vai para sua remuneração, a sua remuneração não condiz com aquilo que eles propagam de você... (Sujeito 177).

Por outro lado, existe a percepção de que a mudança no modelo de pagamento e a preocupação com custos são necessárias para evitar que as operadoras direcionem seus clientes para outras instituições, o que reduziria o ganho financeiro dos médicos:

Acho que deve ver a melhor maneira de chegar lá, porque vai chegar. Já está sendo feito acordo com alguns hospitais, então se a gente ficar de fora é direcionado o paciente para essas instituições. (Sujeito 383).

A geração dos 40 e 50 anos que começa a entender um pouco mais de gestão e quando em uma cirurgia, em um procedimento, eu tenho que pensar no custo daquilo ali, porque vai impactar no meu paciente, no hospital e na operadora. E se impactar muito naquela operadora, ela vai se retirar da minha instituição, e se retirando de minha instituição eu perco demanda e oferta e, conseqüentemente, o médico e o paciente vão sofrer também. (Sujeito 40).

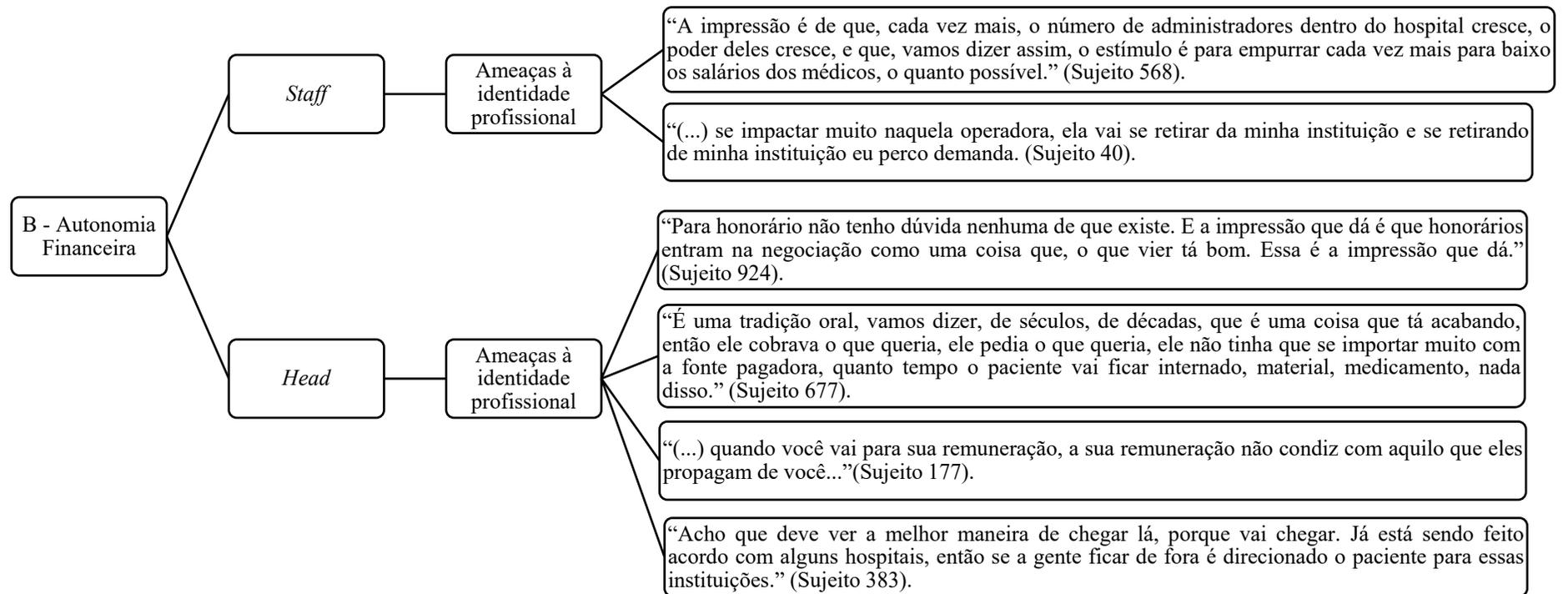
Existe, ainda, uma percepção de que alguns médicos têm dificuldade em compreender um sistema que, em princípio, não pagará por procedimento realizado e sim por desfecho, sem que se saiba ao certo o que é e como medir desfechos, como podemos observar nos relatos a seguir:

Quando você fala, por exemplo, para um colega, mesmo jovem, que ele vai, talvez, no meio, daqui um tempo, deixar de receber pelo que ele produz e passar a receber pelo resultado dele, ele não consegue entender isso. (Sujeito 588).

E a gente nem sequer sabe o que é desfecho porque muitas vezes a gente dá um desfecho da ótica, às vezes do médico, às vezes da operadora e que não é o desfecho da ótica do doente. (Sujeito 177).

A Figura 5 sintetiza as percepções dos entrevistados em relação a ameaças à sua Autonomia Financeira diante da mudança no modelo de pagamento pelos serviços.

Figura 5 – Percepção dos entrevistados de ameaças à Identidade Profissional em relação à Autonomia Financeira.



Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.3 *Autonomia Política (C)*

A terceira categoria de análise definida nesta pesquisa foi a Autonomia Política. Doolin (2002) refere a prerrogativa de tomar decisões políticas como um elemento constitutivo desses profissionais. Fournier *et al.* (2020) referem a organização do trabalho (Definição da própria agenda de trabalho – C 1) como um elemento da identidade médica. Não encontramos, nas entrevistas, nenhuma referência a essa subcategoria de análise.

4.1.3.1 *Participação na decisão de critérios de avaliação de performance (C2)*

Doolin (2002) descreve a definição de critérios de avaliação de *performance* como um elemento da Autonomia Técnica. Neste mesmo sentido, Salvatore *et al.* (2018) definem a utilização de métricas de avaliação de *performance* como um atributo da Autonomia Clínica. Entretanto, esses mesmos autores sustentam que a capacidade de influenciar nas decisões corporativas refere-se à possibilidade de os médicos influenciarem no funcionamento da instituição e de suas respectivas unidades (Salvatore *et al.*, 2018). Desta maneira, podemos inferir que participar na definição de critérios de avaliação de *performance* requer capital político.

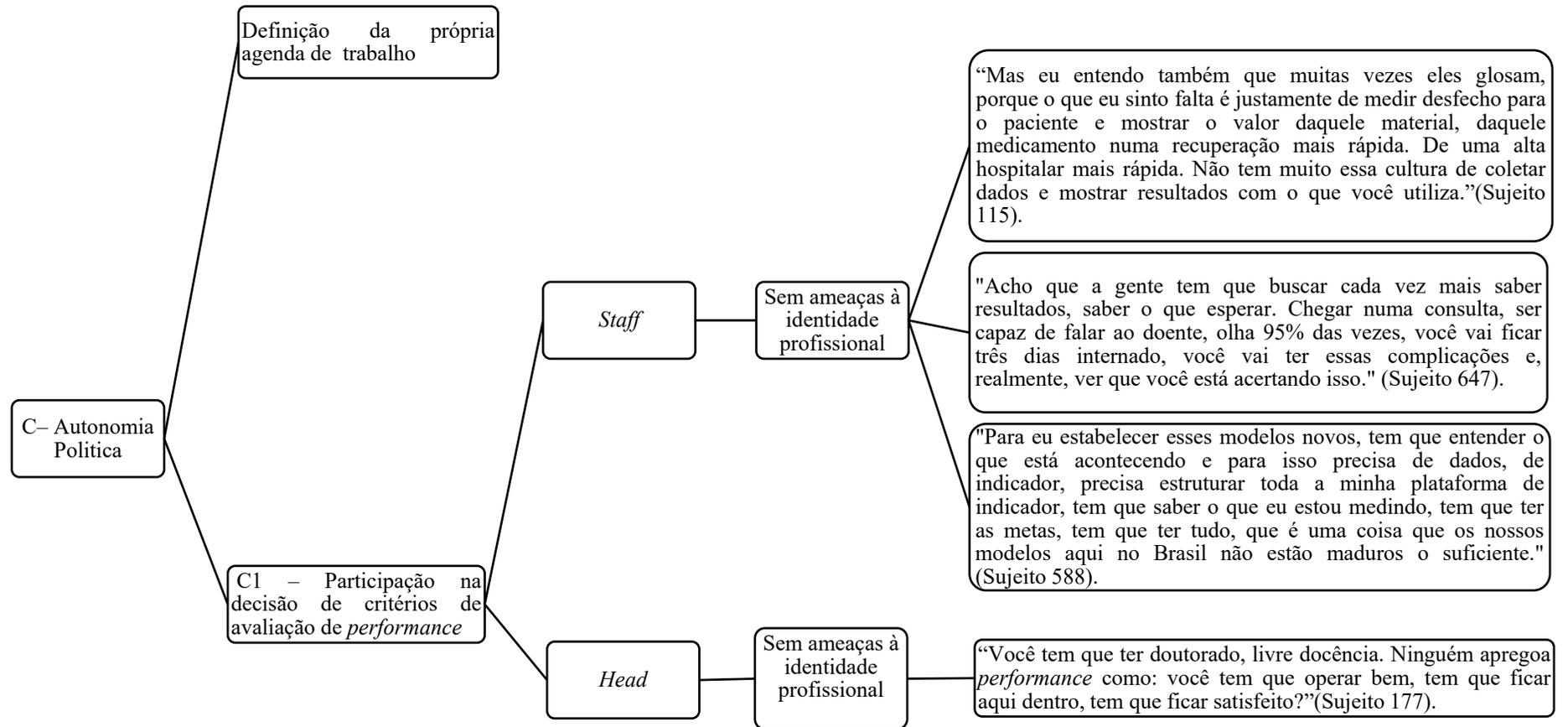
A percepção dos entrevistados em relação a essa subcategoria é de que existe a necessidade de mensurar a *performance* dos profissionais e avaliar os desfechos para os pacientes. Além disto, é preciso informar às OPS os benefícios em relação a itens que são solicitados e não são autorizados. Desta maneira, ocorre um entrelaçamento entre a medida de desfechos e *performance* e a Autonomia Clínica. Para o Sujeito 115, a recusa à autorização pelas OPS se deve à falta de comunicação do desfecho para o paciente em relação a itens utilizados na instituição. Assim, esse sujeito diz que a mudança no modelo de pagamento forçaria a sua área a rever as indicações e medir os desfechos, para que pudessem continuar utilizando aquilo que julgam melhor para o paciente.

Existe ainda a percepção da necessidade de estruturar os bancos de dados para medir os indicadores de *performance* (Sujeito 588), de saber o que medir para informar ao paciente (Sujeito 647) e estabelecer o que é uma boa *performance*, para avançar no modelo de relacionamento do hospital com os médicos (Sujeito 177).

Vemos que há uma percepção clara, pelos entrevistados, da importância de se medir os resultados, porém, aparentemente, a instituição ainda não possui ferramentas maduras para esse propósito.

Em relação à proposta de mudança nos modelos de pagamento, não foram identificados elementos positivos ou negativos em relação a essa subcategoria de análise. A Figura 6 sintetiza a percepção dos entrevistados em relação a essa categoria.

Figura 6 – Percepção dos entrevistados em relação a ameaças à Identidade Profissional em relação à participação na decisão dos critérios de avaliação de *performance*, por categoria do corpo clínico



Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.3.2 Participação ou maior representatividade em decisões estratégicas (C3)

Takahashi (2011) e Pascuci and Meyer Jr. (2012) relatam que os médicos são mais aderentes às mudanças estratégicas quando envolvidos no processo decisório, e Salvatore *et al.* (2018) encontraram uma correlação positiva entre a participação de médicos em decisões estratégicas e sua identificação com a organização.

Diversos entrevistados manifestaram que, na instituição, ocorre uma centralização das informações estratégicas, que são repassadas aos *Heads* dos departamentos médicos em reuniões de comitês. Isto provoca *gaps* de comunicação entre a alta direção e o corpo clínico como um todo, e até mesmo a percepção de que a instituição não se interessa em ouvir todos:

As pessoas, tem muitas pessoas envolvidas e querendo discutir isso, mas é que a instituição não tem muito interesse em ficar ouvindo muitas pessoas, ela faz perguntas para as pessoas que ela quer ouvir que são as pessoas que já recebem por serem chefes ou porque são líderes de alguma coisa ou tem um cargo administrativo. (Sujeito 177).

Todas as mensagens e comunicações são levadas ao chefe de departamento de especialidades, que aqui tem são os centros de referências. (Sujeito 677).

Neste trabalho, identificamos que existe uma forte demanda dos entrevistados por maior participação ou representatividade nas decisões, sendo este atributo o único citado por todos os participantes da pesquisa. Alguns entrevistados foram bastante enfáticos, colocando que os médicos devem participar “realmente... de uma discussão que tenha poder decisório!” (Sujeito 924). Outro entrevistado tem a percepção de que “se não tiver o olhar do médico, vai ficar difícil!” (Sujeito 677) Percebe-se nessas declarações a intenção dos médicos em participar efetivamente e, talvez, até resistir a decisões que forem tomadas sem sua participação. Um entrevistado justifica, de certa maneira, essa posição, com uma metáfora:

Ou seja, a pessoa toma a decisão sem falar em nada com a pessoa que está executando, como se fosse um general que decidisse que vai mandar o exército atacar por ali e ele não sabe que por ali é um lamaçal. Então a gente que está lá sabe que esse lugar não dá pra entrar, ali tem um lamaçal e a gente vai morrer nessa guerra. (Sujeito 383).

Este discurso demonstra de maneira bastante clara que o médico considera que detém um saber, que, se não for estratégico, é tático e operacional, e pode contribuir para que a instituição consiga alcançar os objetivos propostos com a mudança.

Identificou-se ainda uma percepção de que o Corpo Clínico não recebe informações claras sobre as mudanças propostas, o que motivou uma análise mais aprofundada dessa questão, constituindo-se uma sub categoria específica para isto.

4.1.3.2.1 Falta de informações claras sobre as mudanças propostas (C.3.1)

A comunicação da estratégia do hospital, segundo os entrevistados, é transmitida ao Corpo Clínico através dos *Heads* de cada departamento. Desta maneira, dependendo do posicionamento do *Head* em relação à estratégia, a informação pode chegar filtrada (Sujeitos 568 e 647) ou mesmo “desviada” (Sujeito 383).

Pascuci *et al.* (2017) relatam que a administradora de um hospital estudado pelos autores informou que reduziu a resistência dos médicos, mostrando a eles os benefícios da estratégia pretendida, para eles e para a instituição. Essa forma de comunicação direta é um desejo do corpo clínico do Hospital, como podemos ver no discurso de alguns entrevistados:

Eu acho que deveria ter mais comunicação direta. Comunicação direta com os médicos. Sem passar sempre por comunicar o chefe do departamento e ver o que vai ser filtrado depois. (Sujeito 568).

Eu acho que a gente precisa, eu sei que às vezes não dá para entrosar todo mundo, abrir um auditório com 1000 pessoas e fazer uma reunião e às vezes não é produtiva... então eu vou ter 50. E aí você tem mais representatividade e com maior frequência, você faz e outra coisa é que a gestão precisa escutar. Porque faz parte do mecanismo da concepção de sabedoria, escutar. Você não precisa seguir, mas precisa escutar! E não é possível que no meio de 50 pessoas falando, você não tire 10 ou 15% que mereça levar para a frente. Por isso acho que precisa ser ouvido de ambas as partes. (Sujeito 40).

Um outro ponto de interesse, levantado pelos profissionais, diz respeito a esclarecer as razões para a mudança (Sujeitos 383 e 588).

Eu aprendi com os meus amigos de RH que se você não mostra o porquê está fazendo aquilo, a chance de insucesso é gigantesca. Então, a gente tem que passar por isso, mostrar porque aquilo lá é importante e porque você tá fazendo daquele jeito. (Sujeito 588).

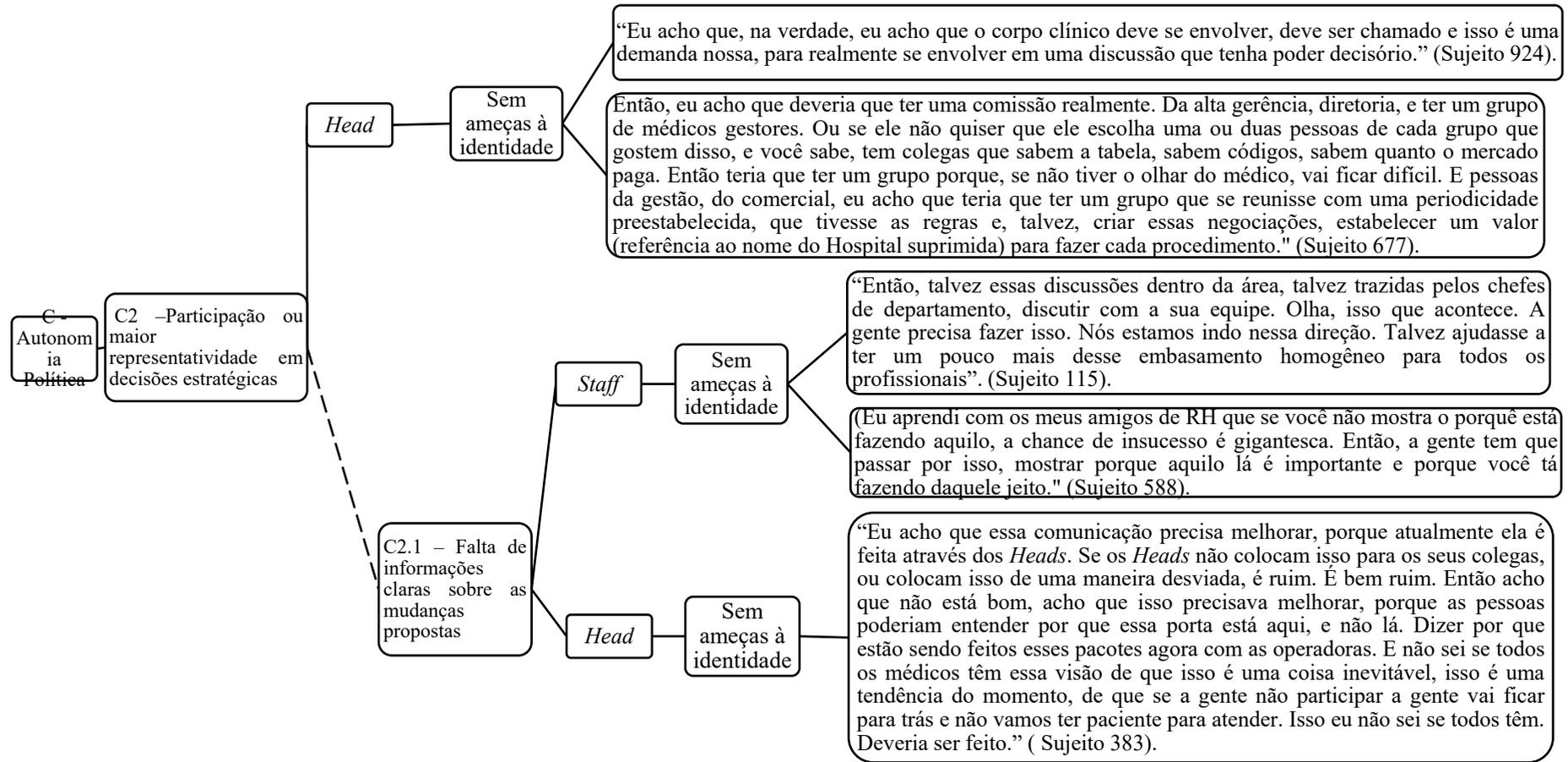
A Figura 7 sintetiza a percepção dos entrevistados em relação às subcategorias de análise C3 e C3.1.

Para Doolin (2002), o desejo de maior participação nas decisões por parte dos médicos pode justificar-se pelo desejo de manter ou ampliar o controle sobre as atividades assistenciais. Essa percepção pode representar o motivo pelo qual, no presente trabalho, não encontramos

elementos negativos em relação à mudança estratégica no que diz respeito às categorias de análise relativas à Autonomia Política.

Para Doolin (2002), a resistência tende a ocorrer quando há a percepção de que a mudança desafia valores profissionais. Na próxima seção analisaremos o *sensemaking* dos médicos em relação à proposta de mudança no modelo de remuneração diante das ameaças à identidade profissional identificadas no presente estudo.

Figura 7 – Percepção de ameaças à Identidade Profissional em relação a participação nas decisões, de acordo com as categorias do corpo clínico.



Fonte: Elaborada pelo autor.

4.2 *Sensemaking* dos médicos diante das ameaças à identidade profissional

Maitlis and Christianson (2014) identificaram que mudanças planejadas constituem um poderoso gatilho para o *Sensemaking*. Isto decorre da violação de expectativas dos grupos internos, gerando ambiguidade e confusão para os envolvidos. Esta ambiguidade pode levar à percepção de ameaças à identidade. Weick (1995) argumenta que, quando a identidade é desestabilizada, o processo de *sensemaking* é ameaçado, e essa ameaça pode expandir-se.

Os resultados desta pesquisa mostram que os médicos possuem conhecimento das mudanças que estão sendo planejadas e muitos deles compreendem a necessidade de mudanças no modelo de pagamento pelos serviços. Entretanto, a falta de informações estruturadas gera sentimentos de ameaça à sua identidade profissional, relacionadas, sobretudo, às categorias de análise Autonomia Clínica e Autonomia Financeira.

O discurso do Sujeito 588 sintetiza a percepção dos entrevistados em relação à necessidade da mudança:

Então essa proposta de modelos de remuneração diferentes acompanha a evolução do que está acontecendo em relação à preocupação do custo de sustentabilidade. Então, você, por exemplo, falar que você faz um procedimento x e que você consegue curar o paciente, isso é ótimo, é perfeito, é excelente, mas você precisa entender a que custo você consegue isso, porque o sistema precisa ser sustentado. E aí, eu não estou dizendo que não tem que tratar, mas que, na hora que você vai propor um novo tratamento, você tem que se preocupar se esse tratamento precisa ter uma análise de custo. E tem que ter uma racionalidade para ser empregado e, além disso, existe uma coisa que toda a sociedade civil hoje pede, que é a análise de resultado.

Ao se deparar com uma mudança compreendida como necessária, porém que ameaça valores tão arraigados da profissão que terminam por constituir elementos da própria identidade profissional, torna-se necessário aos médicos lidar com essa contradição e ressignificar a mudança, de modo a manter uma autoimagem consistente e positiva (Weick, 1995). Para Doolin (2002), assumir posições de chefia na instituição pode refletir o desejo dos médicos de manter a Autonomia Política, influenciando os serviços assistenciais.

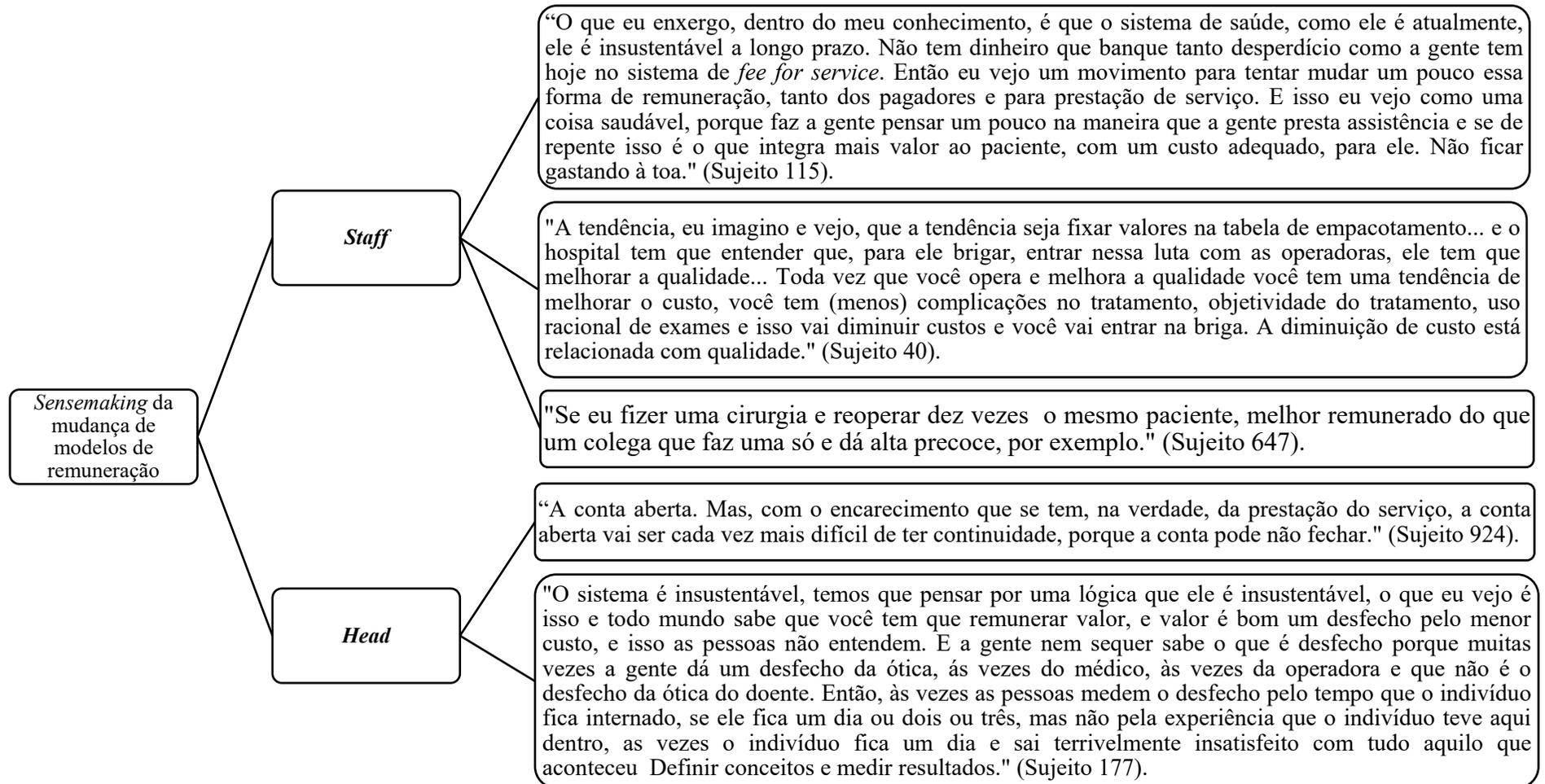
Neste mesmo sentido, os trabalhos de Edmonson et al. (2001), Pascucci and Meyer Jr. (2012), Azevedo *et al.* (2017), Lusiani and Langley (2019) e Salvatore et al. (2018) demonstram que a percepção de maior participação nos processos decisórios ativa gatilhos de *sensemaking* positivo, promovendo maior adesão às mudanças. Os profissionais sentem necessidade de maior participação, para que se sintam ouvidos e empoderados como agentes ativos na defesa de suas prerrogativas profissionais (Lusiani & Langley, 2019). Nesta pesquisa identificamos a

necessidade e o valor que os entrevistados percebem na participação das decisões estratégicas que envolvem a mudança nos modelos de pagamento por serviços de saúde.

A Figura 8 mostra as principais referências dos entrevistados em relação ao *sensemaking* da mudança.

Na próxima seção, serão apresentadas as conclusões deste trabalho, suas limitações e as sugestões e recomendações para o campo e para a prática.

Figura 8 –Sensemaking da mudança, por categoria do corpo clínico.



Fonte: Elaborada pelo autor.

5 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O objetivo deste trabalho é contribuir com a literatura, ao avaliar se e como mudanças estratégicas propostas afetam a identidade profissional médica e o que, na visão dos médicos, pode ser feito para obter maior adesão da categoria profissional à estratégia pretendida.

Inicialmente, seguindo a literatura sobre o tema identidade profissional médica, estabelecemos três elementos constitutivos da chamada Autonomia Médica, que são a Autonomia Clínica, a Autonomia Financeira e a Autonomia Política. Encontramos no discurso dos entrevistados uma forte referência à Autonomia Política, através de duas subcategorias, que são a “Participação ou maior representatividade em decisões estratégicas” e sua subcategoria “Falta de informações claras sobre as mudanças propostas”.

Ao analisar os sentimentos dos entrevistados em relação às categorias de análise, identificamos percepção de ameaças à Autonomia Clínica e à Autonomia Financeira. Já a Autonomia Política representa o desejo dos entrevistados de ter maior participação nos processos decisórios e de serem ouvidos, não ocorrendo, nesse grupo de entrevistados, percepção de ameaça em relação a essa categoria de análise.

Ao serem questionados sobre sugestões para melhorar o processo de comunicação interna, de maneira quase unânime, os entrevistados sugeriram maior participação nas discussões, informações mais diretas ao Corpo Clínico e maior clareza nas informações repassadas.

Em relação ao sensemaking da mudança nos modelos de pagamento, os entrevistados compreendem sua necessidade, porém, temem a perda de Autonomia Clínica e Financeira, o que ativa gatilhos de resistência à mudança.

A relação entre os agentes envolvidos nesse processo de mudança de modelos de remuneração reflete bem o *framework* de Glouberman and Mintzberg (2001). Temos no ambiente externo da instituição a agência reguladora (ANS), que, além de estabelecer as coberturas obrigatórias às OPS, fomenta a adoção de modelos alternativos de pagamento. Além disto, as próprias operadoras, ainda no ambiente externo, exercem pressão sobre a administração do Hospital e sobre os médicos para a contenção de custos e adoção de novos modelos. De outro lado, temos os médicos, cientes do custo elevado da assistência, porém premidos pelo desejo de oferecer sempre o melhor para seus pacientes, independentemente de cláusulas regulatórias ou contratuais, e os gestores, pressionados tanto por médicos quanto por OPS. Os primeiros, desejosos de continuar usufruindo de autonomia clínica, e os segundos, ávidos pelo controle dos custos assistenciais. Esses elementos conferem ao sistema as

características inerentes aos CAS, como não linearidade das interrelações entre os agentes e múltiplos agentes inter-relacionando-se, com capacidade de auto-organização (McDaniel & Driebe, 2001).

A maior participação dos médicos no processo de discussão das mudanças poderia ativar gatilhos de *sensemaking* positivos, favorecendo o desenvolvimento e implementação das mudanças propostas.

5.1 Limitações do presente trabalho

Esta pesquisa foi realizada em um único hospital filantrópico, especializado, com Corpo Clínico fechado. Como vimos anteriormente, Hospitais, mesmo sendo organizações semelhantes, possuem características distintas, o que torna difícil e complexo replicar os resultados.

Além disto, a falta de acesso a documentos institucionais impossibilita a triangulação, passo importante para corroborar os achados da pesquisa. Entretanto, esses achados estão alinhados com a literatura apresentada, relacionada à identidade médica e ao processo de *sensemaking* nas organizações.

Outro ponto de fragilidade reside no tamanho da amostra, constituída por 11 entrevistados em um universo de 570 médicos cadastrados. Entretanto, a amostra pequena permitiu a análise em profundidade das entrevistas, buscando elementos da linguagem médica e da construção de frases e significado de palavras. Isto favoreceu a identificação das ameaças à identidade profissional, como os entrevistados elaboram essas ameaças, e quais as sugestões eles apresentam para reduzir a percepção das ameaças, além de identificar o *sensemaking* da mudança no grupo.

5.2 Contribuições, Recomendações e sugestões

5.2.1 Para a teoria

Este trabalho contribui para a literatura ao avançar no processo de compreensão dos gatilhos de *sensemaking* e demonstrar como e por que ameaças à identidade profissional médica podem dificultar o processo de implementação de estratégias em organizações de saúde. Entretanto, torna-se necessário expandir a pesquisa para Hospitais que possuam características diferentes, para melhor compreender como modelos alternativos de pagamento afetam a percepção de autonomia médica. Acreditamos que outras organizações profissionais, como

Universidades, por exemplo, se beneficiariam de estudos envolvendo os elementos constituintes da identidade da categoria profissional dessas instituições.

Além disto, a pesquisa qualitativa, ao trabalhar as questões da perspectiva do participante (Maitlis, 2005) é passível de subjetividade. Assim, para estabelecer a correlação de causa e efeito entre as categorias de análise e sua influência sobre a identidade profissional, uma pesquisa quantitativa seria interessante. Entre as vantagens do método, estão a possibilidade de estabelecer a correlação através da análise estatística entre as variáveis determinadas e alcançar um número maior de participantes.

Sendo o *sensemaking* um processo contínuo (Weick, 1995; Maitlis & Christianson, 2014), moldado por ciclos de interpretação e ação (Maitlis & Christianson, 2014), a avaliação da percepção dos profissionais do Hospital estudado, após iniciados os ciclos de ação, traria uma contribuição relevante para a literatura, ao demonstrar, de maneira longitudinal, como os médicos lidaram com as ameaças à identidade profissional identificadas neste trabalho.

Estudar a mudança de modelos de remuneração à luz da teoria dos CAS também poderia trazer contribuições ao campo, na medida em que haveria maior compreensão das inter-relações entre os agentes (OPS, Hospitais e médicos), o que pode favorecer o processo de implementação desta estratégia.

5.2.2 Para a prática

A implementação de estratégias em organizações hospitalares é um tema de grande relevância para os gestores dessas instituições, uma vez que o cenário do setor de saúde é sempre caótico, com multiplicidade de atores e interesses, além de evolução tecnológica exponencial. Saber como as mudanças propostas afetam valores arraigados da identidade profissional médica é fundamental para compreender as objeções desses profissionais e estabelecer estratégias para conseguir seu apoio. Nas palavras de McDaniel and Driebe (2001):

Quando se compreende que as organizações de saúde são sistemas adaptativos complexos e que compartilham as características desses sistemas, o foco gerencial muda. Deixa de ser conhecer o mundo, para compreender o sentido dele; de prever o futuro, para preparar a organização para um futuro imprevisível e de controlar o sistema, para liberar o potencial dinâmico do sistema.

Ao identificar o sentimento de ameaça à identidade profissional no grupo entrevistado e , ao colher sugestões do próprio grupo para obter maior adesão dos médicos da instituição às mudanças planejadas, o presente trabalho colabora para o avanço na implementação da estratégia e constitui uma importante ferramenta para que o Hospital obtenha vantagens competitivas em um segmento bastante disputado como é o mercado de atenção terciária à saúde.

REFERÊNCIAS

- Alves, C. A. (2007). Teoria do Caos e as Organizações. *Revista Eletrônica de Administração*, 6(2).
- Anderson, R. A., & McDaniel, R. R. (2000). Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Management Review* 25(1). 83–92. <https://doi.org/10.1097/00004010-200001000-00010>
- Anderson, R., & McDaniel, R. (2000). Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Management Review*: 25(1). (jan.) 83-92.
- ANS (2019). *Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor*. Coordenação técnica: Ana Paula Silva Cavalcante, Rodrigo Aguiar, Daniel Pereira, Equipe técnica: Ana Paula Silva Cavalcante, Anete Gama, Daniele Silveira, Felipe Riani, Priscilla Brasileiro.
- Azevedo, C. S., Sá, M. C., Cunha, M., Matta, G. C., Miranda, L., & Grabois, V. (2017). Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 22(6) (jun.). 1991–2002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.13312016>.
- Balogun, J. (2006). Managing Change: Steering a Course between Intended Strategies and Unanticipated Outcomes. *Long Range Planning*, 39(1) (feb.). 29–49. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2005.02.010>.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2005). From Intended Strategies to Unintended Outcomes: The Impact of Change Recipient Sensemaking. *Organization Studies* 26(11) (nov.). 1573–1601. <https://doi.org/10.1177/0170840605054624>.
- Balogun, J., Jacobs, C., Jarzabkowski, P., Mantere, S., & Vaara, E. (2014). Placing Strategy Discourse in Context: Sociomateriality, Sensemaking, and Power. *Journal of Management Studies*, 51(2), 175-201. doi: 10.1111/joms.12059
- Bloor, G., & Dawson, P. (1994). Understanding Professional Culture in Organizational Context. *Organization Studies* 15(2) (mar.). 275–95. <https://doi.org/10.1177/017084069401500205>.
- Brown, A.D., & Humphreys, M. (2012). Nostalgia and the narrativization of identity: A Turkish case study. *British Journal of Management*, 13(2). 141-159.
- Burgelman, R. A. (1983). A Process Model of Internal Corporate Venturing in the Diversified Major Firm. *Administrative Science Quarterly*, 28(2) (jun.) 223. <https://doi.org/10.2307/2392619>.
- Cornelissen, J, & Schildt, H. (2015). *Sensemaking in Strategy as Practice: a Phenomenon or a Perspective?* Retrieved from <https://research.aalto.fi/en/publications/sensemaking-in-strategy-as-practice-a-phenomenon-or-a-perspective>

- Denis, J., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in Pluralistic Contexts: Rethinking Theoretical Frames. *Human Relations* 60(1) (jan.). 179–215. <https://doi.org/10.1177/0018726707075288>.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The Qualitative Research Interview. *Medical Education* 40(4) (abr.). 314–21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>.
- Doolin D. (2002). Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organizations Studies*, 2, 369-390.
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). *Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals*, 33.
- Flitter, M. A., Riesenmy, K. R., & van Stralen, D. (2012). Current Medical Staff Governance and Physician Sensemaking: A Formula for Resistance to High Reliability. In *Advances in Health Care Management*. Leonard H. Friedman, Grant T. Savage, e Jim Goes (org.), 13. 3–28. Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1474-8231\(2012\)0000013006](https://doi.org/10.1108/S1474-8231(2012)0000013006).
- Fournier, P., Chênevert, D., & Jobin, M. (2020). The Antecedents of Physicians Behavioral Support for Lean in Healthcare: The Mediating Role of Commitment to Organizational Change. *International Journal of Production Economics*. (outubro, 107961. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2020.107961>.
- Gil, A.C.(2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). *Sensemaking and Sensegiving in Strategic Change Initiation*, 17.
- Gioia, D. A., Thomas, J. B., Clark, S. M., & Chittipeddi, K. (1994). Symbolism and Strategic Change in Academia: The Dynamics of Sensemaking and Influence, *Organization Science*, 5(3), (August), 367.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*. 26(1). 56–69. <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00006>.
- Glover, W. J., Nissinboim, N., & Naveh, E. (2020). *Examining Innovation in Hospital Units: A Complex Adaptive Systems Approach*. BMC Health Services Research 20(1). (dez.). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05403-2>.
- Hardy, C., & Thomas, R. (2014). Strategy, Discourse and Practice: The Intensification of Power: Strategy, Discourse and Practice. *Journal of Management Studies*, 51(2). (mar.). 320–48. <https://doi.org/10.1111/joms.12005>.
- Hendriks, W. (2018). Priced Not Praised: Professional Identity of GPs within Market-Oriented Healthcare Reform. *Journal of Professions and Organization* 5(1) (mar.). 12–27. <https://doi.org/10.1093/jpo/jox011>.
- Hendriks, W. (2018). Priced not praised: professional identity of GPs within market-oriented healthcare reform, *Journal of Professions and Organization*, 5(1), (March). 12–27, <https://doi.org/10.1093/jpo/jox011>

- Hoff, T. J., & McCaffrey, D. H. (1996). Adapting, resisting, and negotiating_How physicians cope with organizational and economic change, *Work and Occupations*, 23(2) (May). 165-189.
- Jarzabkowski, P. (2003). Strategic Practices: An Activity Theory Perspective on Continuity and Change: Strategic Practices. *Journal of Management Studies* 40(1) (jan.). 23–55. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.t01-1-00003>.
- Jarzabkowsky, P. (2004). *Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use* *Organization Studies* 25(4). (May). 529–560.
- Jolemore, S. (2018). *A Narrative Inquiry of Physician Leadership*, Retrieved from <http://dc.msvu.ca:8080/xmlui/bitstream/handle/10587/1917/ShawnJolemorePhDThesis2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Klag, M., Jansen, K. J., & Lee, M. D. (2015). Contemplating Workplace Change: Evolving Individual Thought Processes and Emergent Story Lines. *The Journal of Applied Behavioral Science* 51(1) (mar.), 36–70. <https://doi.org/10.1177/0021886314564013>.
- Kraft, A., Sparr, J. L., & Peus, C. (2015). The Critical Role of Moderators in Leader Sensegiving: A Literature Review. *Journal of Change Management*, 15(4) (oct.). 308–31. <https://doi.org/10.1080/14697017.2015.1091372>.
- Kyratsis, Y., Atun, R., Phillips, N., Tracey, P., & George, G. (2017). Health Systems in Transition: Professional Identity Work in the Context of Shifting Institutional Logics. *Academy of Management Journal* 60(2) (ab.). 610–41. <https://doi.org/10.5465/amj.2013.0684>.
- Laine, P., & Vaara, E. Struggling over Subjectivity: A Discursive Analysis of Strategic Development in an Engineering Group. *Human Relations*, 60(1) (jan.). 29–58. <https://doi.org/10.1177/0018726707075279>.
- Leonardi, P. M. (2015). Materializing Strategy: The Blurry Line between Strategy Formulation and Strategy Implementation: Materializing Strategy. *British Journal of Management* 26 (jan.). S17–21. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12077>.
- Lockett, A., Currie, G., Finn, R., Martin, G., & Waring, J. (2014). The Influence of Social Position on Sensemaking about Organizational Change. *Academy of Management Journal* 57(4) (ago.). 1102–29. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.0055>.
- Luscher, L. S., & Lewis, M. W. (2008). Organizational Change and Managerial Sensemaking: Working Through Paradox. *Academy of Management Journal* 51(2) (ab.). 221–40. <https://doi.org/10.5465/amj.2008.31767217>.
- Lusiani, M., & Langley, A. (2019). The Social Construction of Strategic Coherence: Practices of Enabling Leadership. *Long Range Planning* 52(5) (out.). 101840. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2018.05.006>.
- Maitlis, S. (2005). The Social Processes of Organizational Sensemaking, *Academy of Management Journal*, 48(1), 21–49.

- Maitlis, S., & Christianson, M. (2014). Sensemaking in Organizations: Taking Stock and Moving Forward. *The Academy of Management Annals*, 8(1) (jan.). 57–125. <https://doi.org/10.1080/19416520.2014.873177>.
- Mantere, S. (2005). Strategic Practices as Enablers and Disablers of Championing Activity. *Strategic Organization* 3(2) (may). 157–84. <https://doi.org/10.1177/1476127005052208>.
- Mantere, S. (2007). Role Expectations and Middle Manager Strategic Agency. *Journal of Management Studies* (nov.). 071106213007003-??? <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2007.00744.x>.
- McDaniel, R. R., & Driebe, D. J. (2001). Complexity Science and Health Care Management. *Advances in Health Care Management*, 2. Bingley: Emerald (MCB UP). 11–36. [https://doi.org/10.1016/S1474-8231\(01\)02021-3](https://doi.org/10.1016/S1474-8231(01)02021-3).
- Meyer Jr., V., Pascucci, L., & Murphy, P. J. (2012). Implementing Strategies in Complex Systems: Lessons from Brazilian Hospitals. *BAR - Brazilian Administration Review*. 9 (maio). 19–37. <https://doi.org/10.1590/S1807-76922012000500003>.
- Mintzberg, H. (1979). Patterns in strategy formation. *International Studies of Management & Organization*, 9(3). Behavioral Models of Strategy Formulation - I (Fall), Taylor & Francis, Ltd. 67-86.
- Mintzberg, H. & Waters, J. A. (1985). Of Strategies, Deliberate and Emergent. *Strategic Management Journal*, 6(3) (Jul. - Sep.). John Wiley & Sons, 257-272.
- Mitra, M., Hoff, T., Brankin, P., & Dopson, S (2019). Making Sense of Effective Partnerships among Senior Leaders in the National Health Service. *Health Care Management Review* 44(4), 318–31. doi.org/10.1097/HMR.0000000000000166.
- Mueller, F., Sillince, J., Harvey, C., & Howorth, C. A Rounded Picture Is What We Need’: Rhetorical Strategies, Arguments, and the Negotiation of Change in a UK Hospital Trust. *Organization Studies* 25(1) (jan.). 75–93. <https://doi.org/10.1177/0170840604038181>.
- Noland, C., & Carl, W. J. (2006). It’s Not Our Ass’: Medical Resident Sense-Making Regarding Lawsuits. *Health Communication* 20(1) (jun.). 81–89. https://doi.org/10.1207/s15327027hc2001_8.
- Observatório ANAHP (2020). *Publicação anual da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp)*. (12a ed.) Ary Ribeiro (editor). Recuperado a partir de www.anahp.com.br
- Ornellas, C. P. (1998). Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Revista Brasileira de Enfermagem* 51(2) (jun.). 253–62. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000200007>.
- Pascucci, L., & Meyer Jr., V. (2013). Estratégia em contextos complexos e pluralísticos. *Revista de Administração Contemporânea* 17(5) (out.): 536–55. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552013000500003>.

- Pascucci, L. M., Meyer Júnior, V, & Crubellate, J. M. (2017). Strategic Management in Hospitals: Tensions between the Managerial and Institutional Lens. *BAR - Brazilian Administration Review*, 14(2). <https://doi.org/10.1590/1807-7692bar2017160092>.
- Plsek, P. E, & Wilson, T. (2001). *Complexity Science: Complexity, Leadership, and Management in Healthcare Organisations*. *BMJ* 323(7315) (set.). 746–49. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.746>.
- Plsek, P., & Greenhalgh, T. (2001). *The Challenge of Complexity in Health Care* 5. 323.
- Prigogine, I. (1996). *O Fim das Certezas: Tempo, Caos e as Leis da Natureza*. SP: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Reis, A. (2018). IESS. Instituto de Estudos de saúde Suplementar. *Projeção das despesas assistenciais da Saúde Suplementar (2018-2030)*. Superintendente Executivo: Luiz Carneiro. Recuperado a partir de https://www.iess.org.br/cms/rep/td_projecao_despesas_assistenciais.pdf
- Resolução CFM Nº 2217 de 27/09/2018, José Fernando Maia Vinagre, Relator, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, Presidente, Henrique Batista e Silva, Secretário Geral. Recuperado a partir de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>
- Rouleau, L. (2005). Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day. *Journal of Management Studies* 42(7) (nov.). 1413–41. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2005.00549.x>.
- Salvatore, D., Numerato, D., & Fattore, G. (2018). *Physicians Professional Autonomy and Their Organizational Identification with Their Hospital*. *BMC Health Services Research*. 18(1) (dez.). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3582-z>.
- Scott, R. D., 2nd, Solomon, S. L. , & McGowan, Jr. J. E. (2001). Applying economic principles to health care. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), (March–April).
- Smircich, L., & Stubbart, C. (1985). Strategic management in an enacted world. *Academy of Management Review*, 10(4), 724-736.
- Sturmborg, J. P., O'Halloran, D. M, & Martin, C. M. (2012). Understanding Health System Reform - a Complex Adaptive Systems Perspective: Understanding Health System Reform. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18(1) (fev.): 202–8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01792.x>.
- Takahashi, A. C. D. (2011). *Fundação Getulio Vargas*. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 103.
- Vicente, M. (2013). Performance measurement and the challenges to professionalism in the Portuguese public sector. *ISA RC52 Interim Conference, Lisbon*, 28-30 (nov.).
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*, SAGE Publications.
- White, M. D., & Marsh, E. E. (2006). Content Analysis: A Flexible Methodology. *Library Trends* 55(1). 22–45. <https://doi.org/10.1353/lib.2006.0053>.

Whittington, R. (1996). Strategy as Practice. *Long Range Planning*, 29(5), 731-735.

Whittington, R. (2007). Strategy Practice and Strategy Process: Family Differences and the Sociological Eye. *Organization Studies* 28(10) (oct.). 1575–86.
<https://doi.org/10.1177/0170840607081557>.

Yin, R. K. (2015) *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2.