



SENSEMAKING E IDENTIDADE PROFISSIONAL MÉDICA NO CONTEXTO DA MUDANÇA ESTRATÉGICA

SENSEMAKING AND MEDICAL PROFESSIONAL IDENTITY WITHIN THE CONTEXT OF STRATEGIC CHANGE

 José Américo C. Bahia Filho¹  Rosileia das Mercês Milagres²  Maria Elisa Brandão Bernardes³  Andrés Crosara Ferreira dos Santos⁴

Resumo

Objetivo do estudo: Identificar como os médicos de um grande hospital brasileiro percebem a mudança proposta nos modelos de pagamento pelos serviços prestados e se a mudança proposta afeta elementos da identidade profissional dos médicos entrevistados.

Metodologia/abordagem: Este estudo baseia-se na teoria que aborda sensemaking, identidade profissional médica e implementação de estratégias em organizações complexas. Foi realizada uma pesquisa qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas com um grupo de médicos que trabalha em um grande hospital brasileiro que estava enfrentando mudanças no modelo de reembolso.

Originalidade/Relevância: Pesquisas abordando as razões pelas quais os médicos tendem a resistir é importante para ajudar os estrategistas a projetar uma abordagem para obter aderência profissional.

Principais resultados: Os participantes da pesquisa percebem ameaças a sua autonomia em dois atributos, Autonomia Clínica e Autonomia Financeira. Quanto à mudança no modelo de pagamento pelos serviços prestados, alguns entrevistados percebem sua necessidade, mas demonstram um desejo de participação mais ativa na discussão e elaboração de novos modelos, configurando assim a necessidade de manter sua Autonomia Política.

Contribuições teóricas/metodológicas: Este trabalho contribui para a literatura ao trazer avanços para a compreensão dos estímulos sensoriais e demonstrar como e por que as ameaças à identidade profissional podem dificultar o processo de implementação de estratégias em organizações complexas.

Contribuições sociais / para a gestão: a implementação de estratégias nas organizações hospitalares é um tema de grande relevância para os gestores da indústria da saúde, devido à sua multiplicidade de atores e interesses, além da evolução tecnológica exponencial.

Palavras-chave: sensemaking, sistemas adaptativos complexos, identidade profissional, autonomia médica, mudança estratégica

Cite as / Como citar

American Psychological Association (APA)

Bahia Filho, J. A. C., Milagres, R. M., Bernardes, M. E. B., & Santos, A. C. F. (2024, Mayo/Aug.). Sensemaking and medical professional identity within the context of strategic change. *Iberoamerican Journal of Strategic Management (IJSM)*, 23(2), 1-32, e24087. <https://doi.org/10.5585/2024.24087>

(ABNT – NBR 6023/2018)

BAHIA FILHO, J. A. C.; MILAGRES, R. M.; BERNANDES, M. E. B.; SANTOS, A. C. F. Sensemaking and medical professional identity within the context of strategic change. *Iberoamerican Journal of Strategic Management (IJSM)*, v. 23, n. 2, p. 1-32, e24087, Mayo/Aug. 2024. <https://doi.org/10.5585/2024.24087>

¹ Mestre em Administração. Fundação Dom Cabral – FDC. Belo Horizonte, MG, Brasil. jose.americo@alumni.fdc.org.br

² Doutora em Administração. Fundação Dom Cabral – FDC. Belo Horizonte, MG, Brasil. rosileiam@fdc.org.br

³ Doutora em Estratégia e Gestão de PME. Fundação Dom Cabral – FDC. Belo Horizonte, MG, Brasil. mariaelisa@fdc.org.br

⁴ Mestre em Administração; Fundação Dom Cabral – FDC. Belo Horizonte, MG, Brasil. crosara.andres@gmail.com

SENSEMAKING AND MEDICAL PROFESSIONAL IDENTITY WITHIN THE CONTEXT OF STRATEGIC CHANGE

ABSTRACT

Objective of the study: To identify how the physicians of a major Brazilian hospital perceive the proposed change in payment models for services provided and whether the proposed change affects elements of the professional identity of the physicians interviewed.

Methodology / approach: This study draws on the sensemaking theory, medical professional identity and implementation of strategies in complex organizations. It was carried out a qualitative research through semi-structured interviews with a group of physicians who works in a large Brazilian hospital that was facing changes in the reimbursement model.

Originality / Relevance: Research addressing the reasons why physicians tend to resist is important to help strategists to design an approach to obtain professional adherence.

Main results: The research participants perceive threats to their autonomy in two attributes, Clinical Autonomy and Financial Autonomy. Regarding the change in the payment model for services rendered, some interviewees perceive their need, but demonstrate a desire for more active participation in the discussion and elaboration of new models, thus configuring the need to maintain their Political Autonomy.

Theoretical / methodological contributions: This work contributes to the literature by advancing the process of understanding sensemaking triggers and demonstrating how and why threats to professional identity can hamper the process of implementing strategies in complex organizations.

Social / management contributions: The implementation of strategies in hospital organizations is a topic of great relevance for the managers of the healthcare industry, due to its multiplicity of actors and interests, in addition to exponential technological evolution.

Keywords: sensemaking, complex adaptive systems, professional identity, medical autonomy, strategic change

SENSEMAKING E IDENTIDAD PROFISIONAL MÉDICA EM EL CONTEXTO DEL CAMBIO ESTRATÉGICO

RESUMEN

Objetivo del estudio: Identificar cómo los médicos de un gran hospital brasileño perciben el cambio propuesto en los modelos de pago por los servicios prestados y si el cambio propuesto afecta elementos de la identidad profesional de los médicos entrevistados.

Metodología/abordaje: este estudio se basa en la teoría del sensemaking, la identidad profesional médica y la implementación de estrategias en organizaciones complejas. Se llevó a cabo una investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas con un grupo de médicos que trabajaban en un gran hospital brasileño que enfrentaba cambios en el modelo de reembolso.

Originalidad/relevancia: la investigación que aborda las razones por las que los médicos tienden a resistirse es importante para ayudar a los estrategas a diseñar un enfoque para lograr la adherencia profesional.

Principales resultados: Los encuestados perciben amenazas a su autonomía en dos atributos, Autonomía Clínica y Autonomía Financiera. En cuanto al cambio en el modelo de pago por los servicios prestados, algunos entrevistados perciben su necesidad, pero manifiestan un deseo de participación más activa en la discusión y elaboración de nuevos modelos, configurando así la necesidad de mantener su Autonomía Política.

Contribuciones teóricas/metodológicas: Este trabajo contribuye a la literatura al avanzar en el proceso de comprensión de los estímulos sensoriales y demostrar cómo y por qué las amenazas a la identidad profesional pueden dificultar el proceso de implementación de estrategias en organizaciones complejas.

Contribuciones sociales/de gestión: la implementación de estrategias em las organizaciones hospitalarias es un tema de gran relevancia para los gestores de la industria de la salud, debido a su multiplicidad de actores e intereses, además de la evolución tecnológica exponencial.

Palabras-clave: sensemaking, sistemas adaptativos complejos, identidad profesional, autonomía médica, cambio estratégico

Introdução

Uma das características do setor de saúde é a complexidade das relações e interações entre seus agentes (Glouberman & Mintzberg, 2001). Dentre esses agentes, os médicos ocupam posição de destaque, uma vez que seu poder é com base em conhecimentos específicos, o que lhes confere legitimidade para se oporem às decisões estratégicas das organizações onde estão inseridos (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Segundo Meyer Junior, Pascucci e Murphy (2012) e Takahashi (2011), os gestores hospitalares identificam a resistência da profissão médica como um importante foco de resistência às mudanças estratégicas. No entanto, de acordo com esses mesmos autores, quando os médicos estão envolvidos no processo de tomada de decisão, eles mostram maior adesão ao novo contexto (Meyer, Pascucci & Murphy, 2012.; Takahashi, 2011). Esse entendimento é essencial para todos os envolvidos na formação dos profissionais médicos e futuros gestores hospitalares.

Para compreender os motivos que levam os médicos a adotarem posturas antagônicas diante dos processos de mudança, é importante identificar como a categoria interpreta o significado da mudança e se percebe ameaças no processo. Flitter, Riesenmy e Van Stralen, 2012; Hoff e McCaffrey, 1996; Salvatore, Numerato e Fattore, 2018; Kyratsis, Atun, Phillips, Tracey e George, 2017; Fournier, Chênevert e Jobin, 2020, relatam que, entre os fatores que podem reforçar posições de resistência na profissão médica, está a percepção de ameaças à identidade, especialmente no que diz respeito à autonomia profissional.

Em sua recente revisão de literatura, Ackerhans, Huynh, Kaiser & Schultz (2024) constataram que a percepção de mudança na identidade profissional dos profissionais de saúde é influenciada pelo status e pela experiência profissional e pode evoluir durante a implantação da mudança estratégica. Karl Weick (1995) afirma que a identidade é um dos pilares do *sensemaking* em situações de mudança. Entender se e como os agentes percebem ameaças à sua identidade durante o planejamento e implantação de mudanças, bem como investigar sua reação - positiva ou negativa -, torna-se essencial para o sucesso de situações em que se pretende mudar a estratégia atual e pode inspirar gestores e educadores a lidarem com situações semelhantes.

Neste trabalho, buscamos identificar como os médicos de um grande hospital brasileiro percebem a mudança proposta nos modelos de pagamento por serviços prestados e se a mudança proposta afeta elementos da identidade profissional dos médicos entrevistados.

Os resultados deixaram claro que os profissionais entrevistados perceberam a necessidade das mudanças propostas, mas temiam uma perda da autonomia profissional, que

estava atrelada à sua própria identidade médica. Eles exigem assim, maior participação no processo decisório como forma de manutenção do senso de autonomia.

Este artigo aborda, em primeiro lugar, os principais conceitos que sustentam o argumento do artigo, em seguida, passamos a discutir a metodologia e o contexto da pesquisa. Por fim, analisamos os dados e apresentamos nossas conclusões, bem como as limitações da pesquisa.

Referencial teórico

A estratégia constitui um amplo campo de pesquisa acadêmica (Fournier, Chênevert & Jobin, 2020; Whittington, 1996). No entanto, sua implantação continua sendo um desafio para as organizações. Whittington (1996), apoiado na visão sociológica da estratégia, afirmou que a ação e a interação entre os profissionais podem interferir na implantação (Cornelissen & Schildt 2015). Ao adotar essa abordagem, buscamos compreender como os agentes, ou praticantes da estratégia, interferem na sua implantação.

Autores como Gioia e Chittipeddi (1991) propõem que, em um contexto de mudança, cabe ao CEO iniciar o processo, por meio de ações que promovam *sensemaking* na equipe (Maitlis & Christianson, 2014). Por sua vez, Smircich e Stubbart (1985), identificaram que apesar do poder legitimado influenciar o *sensemaking*, essa ação não é exclusiva da liderança, podendo ser desenvolvida de diversas formas e lugares nas organizações, influenciando assim a forma como a estratégia é implantada. Schuler, Orr, & Hughes (2023) de fato mostraram que os profissionais também constroem significado por meio das atitudes de seus colegas em relação à mudança. Em uma perspectiva diferente, Weiser (2021) descobriu que implantar medidas substanciais, como reestruturar e conceder aos líderes uma autoridade mais “formal”, pode melhorar a compreensão dos atores de suas responsabilidades de implantação. Isso, por sua vez, amplia sua capacidade de influenciar a criação de sentidos e a percepção ao longo de mudanças estratégicas.

Todos esses esforços e considerações levam a uma interseção inevitável com o trabalho de Weick (1995) sobre *sensemaking*. *Sensemaking* é definido de forma bastante diferente na literatura. Maitlis e Christianson (2014, p 67, tradução nossa), por exemplo, resumem os conceitos de vários estudiosos, definindo *sensemaking* como “*um processo, motivado por expectativas violadas, que envolve atender e agrupar pistas no ambiente, criando significado intersubjetivo por meio de ciclos de interpretação e ação e, assim, promulgando um ambiente mais ordenado do qual outras pistas podem ser extraídas*”. Esses autores também chamaram a atenção para o fato de que existem três gatilhos que ativam os processos de *sensemaking*, a

saber: turbulência no ambiente e crise na empresa, ameaças à identidade e mudanças planejadas. Para os autores, a instabilidade causada por esses gatilhos ativa mecanismos de ressignificação de crenças e valores, iniciando o processo.

Flitter et al. (2012) argumentam que o *sensemaking* pode reforçar posições de resistência à mudança, ativando gatilhos que ameaçam a identidade do grupo. Esse achado é semelhante ao relatado por Azevedo, Sá, Cunha, Matta, Miranda e Grabois (2017), estudando a implantação de melhorias em hospitais no Brasil. Segundo eles, os problemas de comunicação, aliados às bases de construção do poder e aos aspectos intersubjetivos, além de uma suposta interferência na autonomia profissional, atuariam como obstáculos no processo de adequação dos médicos às mudanças.

Pascucci e Meyer Jr. (2013), por um lado, mencionam especificamente a falta de apoio e cooperação de profissionais especializados como fator de fortalecimento do sistema informal de poder, dificultando a formação da estratégia. De acordo com Takahashi (2011), Pascucci e Meyer Jr. (2013), e Azevedo et al., (2017) os médicos são conhecidos por serem resistentes à mudança, podendo até desenvolver *sensemaking* contrário à estratégia pretendida. Por outro lado, para Edmondson, Bohmer e Pisano (2001), mesmo profissionais especializados, quando devidamente envolvidos e participando ativamente do processo de mudança, contribuem para o sucesso de sua implantação. Na mesma linha, Lusiani e Langley (2019) concluem que as ferramentas utilizadas para integrar os profissionais permitem perceber que suas propostas são consideradas, aumentando o grau de engajamento com a instituição e o direcionamento estratégico pretendido. De fato, Day, Balogun & Mayer (2023) estudaram como um líder de mudança poderia criar oportunidades de *sensemaking* influenciando profissionais por meio de um processo orquestrado de reuniões participativas que levam à mudança consistente com os objetivos pretendidos.

Diferentes conjuntos de estudos analisaram quais fatores, no nível corporativo ou individual, favorecem ou dificultam as práticas de *sensemaking* durante a implantação da estratégia (Meyer, Pascucci & Murphy, 2012; Balogun et al., 2014; Jacobs, Jarzabkowski, Mantere & Vaara 2014; Leonard, 2015; Kraft, Sparr & Peus 2015). Dentre esses fatores, Bloor e Dawson (1994) e Denis, Langley e Rouleau (2007) identificam que o poder legitimado pelo conhecimento tem grande impacto em organizações complexas, também chamadas de organizações pluralistas ou sistemas adaptativos complexos (CAS).

Plsek e Greenhalgh (2001, p. 625, tradução nossa) conceituam o CAS como “uma coleção de agentes individuais com liberdade para agir de maneiras que nem sempre são totalmente previsíveis e cujas ações estão interconectadas para que as ações de um agente

mudem o contexto para outros agentes”. Entre as organizações identificadas como CASs, o sistema de saúde como um todo e os hospitais em particular ocupam uma posição de destaque (Anderson & McDaniel 2000).

Com base em Bloor e Dawson (1994), e Denis et al., (2007), em CASs o conhecimento especializado dos profissionais, um código de ética específico, e o grau de comprometimento profissional constituem um arcabouço ideológico que confere legitimidade e poder de solicitar privilégios, além de grande autonomia de atuação. Segundo Denis et al. (2007), nesses ambientes, o estrategista está inserido em um processo estável e compartilhado, no qual as práticas e rotinas não são alteradas instantaneamente, exigindo persistência e comprometimento de longo prazo para causar impacto.

Hospitais como sistemas adaptativos complexos

Plsek e Greenhalgh (2001), Plsek e Wilson (2001) e Sturmberg, O’Halloran e Martin (2012) argumentam que há uma semelhança entre as características inerentes ao CAS e aos sistemas de saúde, tais como: auto-organização contínua, limites mal definidos, multiplicidade de relações não lineares e sensibilidade à condição inicial do sistema. Para esses autores, a adoção da abordagem de CAS poderia ajudar a compreender a dinâmica das relações entre os agentes do sistema de saúde. Glover, Nissiboin e Naveh (2020) também endossam esse argumento, afirmando que a relação causal entre as interações entre os membros da equipe e as inovações só pode ser compreendida retroativamente, o que eles identificam como uma característica fundamental do CAS. Esses autores também argumentam que a prática clínica, a administração e o gerenciamento de informações em hospitais são construídos em uma rede de interações e agentes, que são melhor descritos como sistemas adaptativos complexos. De fato, autores como Anderson e McDaniel (2000), Plsek e Greenhalg (2001), Plsek e Wilson (2001), Sturmberg et al. (2012) e Meyer Jr. et al. (2012) estudaram hospitais à luz da teoria de CAS.

Anderson e McDaniel (2000), revisando a literatura sobre CAS, citam três características das organizações de saúde que devem ser consideradas quando se pensa em sua gestão. A primeira refere-se aos conhecimentos e valores dos profissionais envolvidos, que podem representar valores socialmente enraizados na profissão, constituindo importante fonte de poder informal. A segunda é a necessidade de reconhecer que muitos profissionais trazem suas habilidades e conhecimentos para a tarefa, e esse conhecimento é uma fonte de poder informal.

Finalmente, existem diferenças significativas entre as próprias organizações de saúde que tornam a situação ainda mais complexa (Anderson & McDaniel 2000). Compreender a

prática estratégica em CASs requer observar como os membros da organização tomam decisões, dão sentido aos fenômenos organizacionais e operam estratégias (Day, Balogun & Mayer, 2023).

No entanto, com o aumento progressivo da complexidade hospitalar e da forma como o cuidado é produzido, houve a substituição dos médicos, como gestores das instituições, por administradores profissionais, gerando uma dicotomia entre o impacto das decisões clínicas e das decisões administrativas (Anderson & McDaniel 2000; Pascucci, Meyer & Crubellate 2017). Isso ocorre em parte porque médicos e administradores têm diferentes padrões de racionalidade (Anderson & McDaniel 2000).

Tratando especificamente das interações entre os agentes, Glouberman e Mintzberg (2001) expressaram a multiplicidade e complexidade das inter-relações entre os diferentes agentes. Os autores demonstram que um hospital não é uma corporação única, mas uma combinação de organizações interdependentes, com alto grau de autonomia legitimada pela hierarquia ou pelo conhecimento inerente à profissão. Em consonância com essa proposição, Meyer Jr. et al. (2012) argumentam que os hospitais são organizações com múltiplos objetivos, não necessariamente compatíveis com uma única direção estratégica.

Identidade médica, autonomia e resistência a processos de mudança em um ambiente hospitalar

Um fator importante associado à dificuldade na implantação de uma estratégia em um hospital foi identificado pela pesquisa realizada por Meyer Jr. et al. (2012), foi a falta de engajamento da alta administração no *sensemaking* para a média gerência em dois hospitais brasileiros sem fins lucrativos. De acordo com a perspectiva dos autores, as práticas de gestão estratégica foram diminuídas, particularmente devido à falta de compreensão dos gerentes médios em relação à implantação de estratégias, pois a holding priorizava a tomada de decisões e a formulação de metas e estratégias hospitalares (Meyer Jr. et al., 2012).

Estudando a relação entre lideranças médicas e não médicas atuantes no Sistema Único de Saúde (NHS), Mitra, Hoff, Brankin e Dopson (2019) revelaram três níveis que geram tensão entre lideranças médicas e não médicas, a saber: interpessoal, operacional (especialmente prazos e orçamentos) e cultural (cultura médica). Para mitigar as tensões, os líderes usaram a comunicação proativa e a quebra de silos, estabelecendo objetivos comuns entre os pares, reconhecendo que os pacientes devem ser o foco da atenção.

Estudando especificamente a implantação de novos modelos de pagamento em sete hospitais privados, com e sem fins lucrativos, em São Paulo, Brasil, Takahashi (2011) menciona

que os gestores hospitalares alegaram dificuldade em envolver os médicos no processo de avaliação dos referidos modelos. No entanto, algumas instituições alcançam maior adesão ao envolver os profissionais no processo de desenvolvimento desses novos modelos. Isso acontece, nas palavras do autor, porque “os protocolos a serem seguidos são formatados pelos próprios especialistas executores” (Takahashi, 2011 p. 80).

Um estudo realizado por Hoff e McCafrey (1996), recrutando médicos autônomos e assalariados, constatou que ambos os grupos compartilham os mesmos valores profissionais, mas fazem sentido diferente das mudanças em sua autonomia e, assim, adotaram estratégias diferentes para lidar e negociar a mudança. Os médicos autônomos resistem a adaptações e jogos relacionados ao trabalho para manter sua autonomia econômica, enquanto os médicos assalariados estão mais preocupados com sua autonomia técnica, mas só podem reagir ao HMO à medida que ela se adapta à mudança (Hoff e McCafrey, 1996).

Dado o papel crítico desempenhado pelos conhecimentos e valores dos profissionais envolvidos, é importante considerar a independência dos médicos em relação à hierarquia administrativa formal (Anderson & McDaneil, 2000). Os médicos muitas vezes estabelecem sua própria hierarquia, o que pode influenciar sua percepção de mudança organizacional. Além disso, os gestores hospitalares relatam dificuldades em envolver os médicos no processo de mudança, destacando a necessidade de compreender como os médicos percebem e interpretam a mudança. Tal reinterpretação da mudança pode afetar valores profissionais profundamente enraizados, potencialmente levando ao surgimento de mecanismos de resistência (Glouberman S, Mintzberg, 2001). Nesse contexto, um dos aspectos sob escrutínio é a resistência, particularmente como resposta às ameaças percebidas à autonomia e à identidade profissional dos médicos. De fato, Hoff e McCafrey (1996), Kyratsis et al. (2017), Hendrikx (2018), Salvatore et al. (2018) e Fournier et al. (2020) identificaram a autonomia médica como um dos principais componentes da identidade (cultura) profissional médica. Edmondson, Bohmer e Pisano (2001), Pascucci e Meyer Jr. (2013) Azevedo et al. (2017), Luisiani e Langley (2019) e Salvatore, Numerato e Fattore (2018) identificaram a influência nas decisões organizacionais como um dos atributos da autonomia médica.

Além disso, Salvatore et al. (2018) identificam a liberdade para organizar o trabalho e a liberdade social e financeira como valores da autonomia médica. Assim, de acordo com Salvatore et al. (2018), a identidade do profissional médico é moldada por vários fatores. Estes incluem o senso de autonomia profissional, que engloba a capacidade de influenciar as decisões organizacionais, a autonomia clínica na determinação do tratamento do paciente, bem como a autonomia financeira e social, implicando controle sobre os recursos financeiros e o horário de

trabalho.

Para Doolin (2002), a autonomia médica também se baseia em três pilares nomeados pelo autor como autonomia política, autonomia técnica (clínica) e autonomia econômica. Como afirma o autor, a autonomia política diz respeito à liberdade de estabelecer políticas em seu campo de atuação. A autonomia clínica, por outro lado, refere-se à reivindicação do direito exclusivo ao conhecimento médico e ao diagnóstico e tratamento de pacientes. A autonomia econômica consiste na liberdade de estabelecer sua remuneração (Gioia et al., 1994). Este autor argumenta que entender a identidade profissional é essencial para entender as reações dos médicos às tentativas de controlar sua prática e comportamento. A Tabela 1 abaixo resume este construto.

Tabela 1

Principais elementos que constituem a identidade profissional médica

Categoria Analítica	Definição Constitutiva	Autores
Autonomia Clínica	Direito exclusivo ao conhecimento médico e para diagnosticar e tratar os pacientes como ele ou ela mais julga apropriado.	Doolin 2002; Salvatore et al. 2018
Autonomia Financeira	Liberdade da categoria para definir suas taxas.	Doolin 2002; Salvatore et al. 2018
Autonomia Política	Possibilidade de influenciar decisões institucionais e estabelecer seu próprio cronograma, ritmo de trabalho e critérios de avaliação	Doolin 2002; Slavatores et al. 2018; Azevedo et al. 2017; Lusiani e Langley 2019

Fonte: Elaborado pelos autores

Considerando os pontos supracitados, antecipar-se-ia que uma iniciativa de mudança estratégica bem-sucedida priorizaria a gestão de significados, particularmente no que se refere à profissão médica possivelmente resistente. Isso é essencial para engajar efetivamente as pessoas impactadas pelo processo, conforme enfatizado por Edmondson, Bohmer e Pisano (2001), superando assim a resistência e integrando-as perfeitamente ao desenvolvimento colaborativo da direção desejada, conforme sugerido por Day, Balogun e Mayer (2023).

Portanto, para compreender mais especificamente como se dá o processo de *sensemaking* para os médicos e sua resistência ou adesão à estratégia organizacional, é importante compreender quais ameaças aos elementos da identidade profissional são percebidas

por esses agentes, o que possibilitaria identificar possíveis formas de aumentar sua adesão à mudança.

Metodologia

Seguindo a mesma trajetória de Maitlis (2005), Gioia e Chittipeddi (1991), Gioia, Thomas, Clark e Chittipeddi (1994) e Balogun e Johnson (2005), este trabalho utilizou a Pesquisa Qualitativa, de natureza mista dedutiva - indutiva, por meio de um Estudo de Caso Único transversal, a fim de captar a diversidade e a complexidade do contexto da pesquisa. Justifica-se ainda a escolha do método, pois propomos investigar fenômenos sociais complexos, destacando os processos estratégicos organizacionais e identitários dos praticantes, ou seja: como as ameaças à identidade profissional influenciam o processo de *sensemaking* dos médicos diante de uma nova estratégia que está sendo discutida dentro da organização (Yin, 2015). Fomos a campo com categorias listadas anteriormente, mas aceitamos a inclusão de novas categorias durante o processo de análise.

Além do acesso aos médicos do corpo clínico da instituição, solicitamos formalmente o acesso aos documentos da organização. No entanto, esse acesso foi negado devido à sensibilidade do tema e sua relevância no contexto do posicionamento de mercado do hospital estudado. Portanto, optamos por construir este trabalho utilizando apenas entrevistas como método de coleta de dados e uma triangulação de entrevistados. Situação semelhante foi relatada por Jolemore (2018).

Coleta de dados

A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas pelo primeiro autor, dada a sua formação médica, o que lhe permitiu melhor dialogar e relacionar-se com os entrevistados. Foram realizados entre os dias 05 e 09 de outubro de 2020, sendo registrados e transcrito na íntegra. Como não conseguimos triangular as fontes, seguimos a recomendação de Patton (1990, p187), buscando maior triangulação dos investigados.

Foram entrevistados 11 profissionais, com tempos de serviço variados (de 1 ano a 25 anos no hospital), cuja seleção foi feita pelo Diretor Médico da instituição estudada, com base nos seguintes critérios, estabelecidos em comum acordo com os pesquisadores:

- Ser membro permanente do Corpo Clínico (foram excluídos médicos residentes e outras categorias cuja ligação com a instituição é temporária)
- Chefes e membros da equipe.

- Profissionais com experiência variada no Hospital.
- Médicos com especialidades clínicas e cirúrgicas.
- Médicos com e sem experiência administrativa.

A Tabela 2 resume o perfil dos participantes:

Tabela 2

Perfil dos participantes

Especialidade Médica	Categoria	Anos de trabalho no hospital
Anestesiista	<i>Equipe</i>	08
Cirurgia de pele	<i>Líder</i>	25
Cirurgião abdominal	<i>Equipe</i>	13
Cirurgião de cabeça e pescoço	<i>Líder</i>	15
Cirurgião de cabeça e pescoço	<i>Equipe</i>	18
Cirurgião ginecologista	<i>Líder</i>	13
Oncologista clínico	<i>Equipe</i>	5 ^a
Oncologista clínico	<i>Equipe</i>	01
Radioterapeuta	<i>Líder</i>	25
Urologista	<i>Líder</i>	20
Urologista	<i>Equipe</i>	15

Fonte: Elaborado pelos autores

Para a definição das categorias acima, foram observados os seguintes critérios: proximidade, por tempo ou tipo de relação de trabalho estabelecida, acesso a informações estratégicas, bem como dependência do referido acesso para a execução de seu trabalho. Além disso, procuramos evitar vieses, razão pela qual foram observadas diferenças em termos de tempo de trabalho no hospital, diferenças nas especialidades e experiência com funções administrativas.

Para garantir a confidencialidade quanto à identidade dos entrevistados, utilizamos o aplicativo “True Random Generator®”, disponível na Google® Store, que gera números aleatórios. Os pesquisadores utilizaram a faixa numérica de 0 a 1000, sem repetições, para garantir total confidencialidade. Os entrevistados foram informados de seu respectivo número (p.ex.: Indivíduo 568, ou 677), e as entrevistas foram identificadas apenas com o número gerado. Apenas o primeiro autor tem acesso à chave de identificação de nome/número, caso

seja necessário algum esclarecimento de um entrevistado.

O roteiro foi dividido em dois blocos de perguntas. O primeiro, composto por 4 questões, teve como objetivo estabelecer uma relação com o entrevistado, conhecer sua formação acadêmica e seu contexto profissional na organização, além de sua visão do setor saúde e o contexto da mudança no modelo de remuneração, identificando possíveis resistências ao modelo. O segundo bloco, com 6 questões, buscou explorar a percepção do médico em relação ao tema, como a conscientização interna está sendo levantada, quais ameaças o entrevistado percebe em relação ao assunto e quais são as sugestões para aumentar a adesão da categoria profissional à mudança.

Para categorização e análise dos dados, foi utilizado o software NVivo®. A técnica utilizada foi a análise de conteúdo, definida por White e Marsh (2006) como uma abordagem rigorosa e sistemática para análise de documentos obtidos ou gerados durante a pesquisa. Procedimento em consonância com Weick (1995), que reforça que, embora o conteúdo seja um recurso essencial para o *sensemaking*, ainda mais importante é o significado do conteúdo. Além disso, esse significado depende da maneira pela qual os vários conteúdos da organização, incorporados em sinais, estruturas e conexões, estão interconectados.

Gioia e Chittipeddi (1991) e Balogun e Johnson (2005) analisaram o conteúdo das entrevistas utilizando achados de primeira e segunda ordem. Essa metodologia possibilitou identificar eventos (achados de primeira ordem) e suas consequências (achados de segunda ordem), sob a ótica dos indivíduos da pesquisa. Além disso, Jolemore (2018), estudando o processo de formação de lideranças médicas, afirma que a análise de conteúdo permite o desenvolvimento de conhecimentos sobre os assuntos que compõem o conteúdo das narrativas. Os autores utilizaram a categorização, considerada um método clássico na análise de conteúdo. Por meio dessa técnica, são identificadas as categorias de cada tema, e seu conteúdo é analisado e comparado. Em seu trabalho focado na aprendizagem em liderança, a autora encontrou a questão da identidade profissional médica como um dos grandes temas que emergiram das entrevistas. Para completar o estudo de caso, as seguintes categorias analíticas foram definidas de forma dedutiva, com base na literatura já referenciada (ver Tabela 1), e expressas na Tabela 3.



Tabela 3

Categorias de análise e definições operacionais

Categoria Analítica	Definição Operacional			
	Definição Constitutiva	O que foi avaliado	Autores	Perguntas para o roteiro da entrevista
Autonomia Clínica	Direito exclusivo ao conhecimento médico e para diagnosticar e tratar os pacientes como ele ou ela julgar mais apropriado.	A percepção do entrevistado quanto à imposição de controles internos ou externos sobre o tratamento prescrito.	Doolin, 2002; Salvatore et al. 2018	9. Percepção, pelo entrevistado, do potencial impacto em sua prática médica resultante desses novos modelos de pagamento por serviços hospitalares.
Autonomia Financeira	Liberdade da categoria, ou do próprio entrevistado, para fixar os seus honorários.	Qual o significado atribuído pelo entrevistado a essa dimensão e como, em sua avaliação, sua autonomia financeira será impactada diante dos novos modelos de pagamento.	Doolin, 2002; Salvatore et al. 2018	3. Visão geral do entrevistado sobre o mercado de saúde e a relação dos prestadores de serviços hospitalares com terceiros pagadores; 4. Conhecimento e compreensão, pelo entrevistado, dos modelos de pagamento de serviços hospitalares existentes no mercado;
Autonomia Política	- Possibilidade de influenciar decisões institucionais e estabelecer seu próprio cronograma, ritmo de trabalho e critérios de Avaliação	Como o entrevistado percebe o envolvimento dos médicos no processo de mudança, qual o nível de participação das categorias estudadas (Coordenadores e equipe).	Edmondson et al., 2001; Doolin, 2002; Pascucci e Meyer 2012; Salvador et al., 2018; Azevedo et al., 2017; Lusiani e Langley, 2019	5. Como são conduzidas as discussões internas sobre o tema? Você se lembra de algum evento (assembleias gerais ou do departamento ao qual você se reporta) em que o assunto foi abordado? 6. Além dos eventos, houve algum tipo de comunicação interna? Que tipos de comunicações foram usadas? 7. O quê chamou sua atenção neste processo de comunicação? 8. Você conversa com outros colegas médicos sobre esse assunto? 9. Qual é a sua percepção do engajamento dos médicos em geral sobre este tema? Na sua opinião, o que motiva esse engajamento? 10. Sugestões do entrevistado para melhorar o processo de discussão e comunicação interna em relação ao assunto

Fonte: Elaborado pelos autores

Contexto da Pesquisa

No Brasil, o sistema de saúde é constituído por um componente público, o SUS (Sistema Único de Saúde), com regulação própria, e um setor privado, denominado Saúde Suplementar, cujo marco regulatório ocorreu em 1998 por meio da promulgação da lei 9.656. O objetivo

dessa lei era regulamentar a atuação dos Provedores de Seguros de Saúde (OPS), estabelecendo diversos requisitos relacionados à solvência das empresas, além de definir coberturas mínimas obrigatórias (posteriormente reunidas na Lista de Coberturas Mínimas Obrigatórias, ou simplesmente ROL), e regular as taxas de reajuste permitidas para planos de saúde. Para atingir essa meta, em 2000, a lei 9961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja finalidade é regulamentar a atuação das OPSs em relação aos clientes e prestadores de serviços.

Essas mudanças transformaram um sistema que foi desregulamentado em um sistema fortemente regulamentado, no qual as OPS coexistem com aumentos consideráveis de custos, devido tanto à incorporação de novas tecnologias quanto ao aumento do uso devido ao envelhecimento da população (Reis 2018). Além disso, o mercado de saúde é considerado imperfeito, pois as perspectivas de custos hospitalares são diferentes para pacientes (consumidores), prestadores de serviços de saúde (fornecedores), companhias de seguros (pagadores terceirizados) e sociedade (Scott, Solomon & McGowan 2001). Esse fato leva as partes interessadas a terem percepções diferentes e às vezes conflitantes sobre o que é uma despesa essencial e o que seria um mero desperdício de recursos.

Diante desse cenário, a ANS revelou, em 2019, que pretendia “[...]induzir o setor a buscar alternativas de como remunerar os prestadores de serviços em substituição à tarifa exclusiva por serviço, desde que os novos modelos garantam a qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução de custos”.

Essas discussões dentro da agência reguladora levaram o setor hospitalar a promover discussões, dentro das organizações ou de suas entidades representativas, sobre os novos modelos de remuneração. Um exemplo de fórum de discussão foi o Congresso da Associação Nacional dos Hospitais Privados (CONAHP), em 2019, cujo tema foi “Assistência à Saúde Baseada na Entrega de Valor: O Papel do Hospital como Integrador de Sistemas”, o que mostra a importância que alguns dos principais hospitais brasileiros vêm dando a esse assunto.

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

O hospital estudado & mudanças estratégicas e a unidade de análise empírica

Fundado na década de 1950, o Hospital é uma instituição filantrópica de nível terciário, especializada em atendimento de alta complexidade, com Corpo Clínico Médico fechado, composto por 570 médicos de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

Anexo 1 - Estrutura e indicadores assistenciais do hospital estudado

- Camas Operacionais 372
- Leitos de UTI 53
- Médicos registrados 570
- Funcionários ativos 4.134
- Consultas de PA 26.424
- Consultas ambulatoriais 345.049
- Internações 22.187
- Procedimentos cirúrgicos 22.107
- Testes realizados (Serviço Auxiliar de Diagnóstico ou Terapêutico) 2.155.849
- Seguradoras cobertas (incluindo SUS) 88

Fonte: Adaptado pelos autores do Observatório ANAHP (2020) e do site do Hospital.

Desde 2017, a Alta Administração da instituição está ciente da necessidade de avançar com modelos de remuneração diferenciados e reportar maior proximidade com fontes pagadoras no desenvolvimento dos referidos modelos, conforme verificado em seus Relatórios Anuais de Sustentabilidade. Além disso, este hospital participou de um projeto para o tratamento de uma doença específica, criando um pacote (ou protocolo) que previa o pagamento de um valor previamente determinado e que englobava todos os cuidados e procedimentos que o paciente precisaria, por um período de 1 ano. A preparação e precificação desse pacote envolveu vários agentes, médicos e profissionais de outras áreas da saúde e a equipe administrativa. Isso sinalizou, na prática, a disposição da alta administração em avançar em modelos diferenciados de pagamento e trouxe para o corpo de médicos a perspectiva do que esses modelos representam.

Diante disso, buscou-se elementos que demonstrassem o significado atribuído pelo conhecimento dos médicos sobre a estratégia de desenvolvimento de modelos alternativos de pagamento de serviços e sua percepção sobre essa questão. Desta forma, a unidade de análise empírica foram os médicos da equipe clínica, misturando chefes de clínica e médicos da equipe.

Apresentação e discussão dos resultados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e essas transcrições foram inicialmente revisadas durante a escuta das gravações correspondentes, visando identificar eventuais inconsistências no texto transcrito. Posteriormente, novas leituras foram feitas até a saturação

foi atingida. Após esta etapa, os arquivos foram processados no software NVivo®.

A Tabela 4 apresenta as categorias de análise aqui expostas e as subcategorias que emergiram do campo e que exploraremos a seguir.

Autonomia clínica

A Autonomia Clínica surgiu nas respostas relacionadas à percepção de interferência na prescrição ou restrição da liberdade de apontar recursos. Segundo os entrevistados, esses elementos influenciam negativamente na construção do sentido. Para eles, a interferência advém dos mecanismos regulatórios estabelecidos pela ANS.

Tabela 4

Categorias e subcategorias de análise identificadas no campo

Categorias e subcategorias de análise identificadas	Definição
A: Autonomia Clínica	Direito exclusivo ao conhecimento médico e de diagnosticar e tratar os pacientes conforme julgar mais apropriado.
A1 : Interferência com a receita médica	Interferência realizada após a prescrição, internamente na instituição ou por convênios, via negativa de autorização, por exemplo.
A2: Liberdade para nomear recursos	Autonomia para prescrever o tratamento que considera mais eficaz para o seu paciente.
B: Autonomia financeira	Liberdade da categoria, ou do próprio entrevistado, para fixar os seus honorários.
C: Autonomia Política	Possibilidade de influenciar decisões institucionais e estabelecer seu próprio cronograma, ritmo de trabalho e critérios de avaliação.
C1: Definir seu próprio horário de trabalho	Estabelecer seu próprio ritmo de serviço e horários de trabalho.
C2: Participação na decisão de critérios de avaliação de desempenho	Definir, juntamente com seus supervisores imediatos, os critérios para avaliar o cuidado e o desempenho acadêmico.
C3: Participação ou maior representatividade nas decisões estratégicas	Participação direta ou através de um maior número de representantes em comitês e discussões estratégicas.
C3.1: Falta de informações claras sobre mudanças propostas	Necessidade de receber informações da forma mais direta possível, sem intermediários, e receber relatórios de status sobre iniciativas nas quais ele ou ela já participou.

Fonte: Elaborado pelos autores

A percepção dos entrevistados em relação à categoria de autonomia clínica é de que há necessidade de mensurar o desempenho dos profissionais e avaliar os desfechos para os

pacientes. Além disso, é necessário informar às OPSs os benefícios em relação aos itens que são solicitados e não são autorizados. Desta forma, eles entendem que há um entrelaçamento entre a medição de resultados e desempenho e Autonomia Clínica. Para o Indivíduo 115, a eventual recusa de autorização pelas OPSs deve-se à falta de comunicação do desfecho para os pacientes em relação aos itens utilizados na instituição. Assim, este entrevistado entende que a mudança no modelo de pagamento forçaria seu departamento a revisar as prescrições e medir os resultados para que pudessem continuar usando o que acham melhor para o paciente.

Há uma percepção clara, por parte dos entrevistados, da importância de mensurar os resultados e informá-los às fontes pagadoras e à sociedade, mas acreditam que ainda faltam ferramentas e processos adequados para atingir esse objetivo. Na percepção dos entrevistados, essa interferência deve aumentar com a implantação de novos modelos de pagamento. Para o Indivíduo 568, a mudança é uma fonte de grande insegurança, pois é feita para “controlar o que os médicos farão o máximo possível”.

No que se refere à autonomia para apontar recursos, encontramos médicos que percebem que ainda detêm o controle sobre os meios de diagnóstico e tratamento. Eles são apoiados pela avaliação de que sua prática é com base em evidências científicas (Indivíduo 40) ou pela crença de que, ao medir os resultados (Indivíduo 115) ou participar diretamente da construção de novos modelos (Indivíduo 588), sua autonomia para nomear recursos seria preservada.

Autonomia financeira

Do ponto de vista da Autonomia Financeira, há quem acredite que haverá restrição da atividade médica (Indivíduos 568, 677 e 924). A percepção do Indivíduo 568, a partir de conversas informais com outros médicos, é de que há grande insegurança, principalmente em relação aos aspectos financeiros e clínicos. Essa percepção é corroborada no discurso de outros entrevistados, que argumentam que uma vez que os honorários médicos não são mais acordados diretamente entre profissionais e pacientes, passam a ser negociados entre o hospital e as operadoras de planos de saúde. Assim, para o Indivíduo 924, há um medo de que, se os médicos não participarem das discussões sobre o modelo de remuneração, eles serão “vendidos barato”. Esse sentimento é semelhante à percepção dos Indivíduos 177, 568 e 677, para os quais, por um lado, além da perda de autonomia na negociação, há também uma depreciação dos honorários negociados entre a instituição e os prestadores, apesar de sua excelência profissional ser reconhecida. Por outro lado, há uma noção de que a mudança no modelo de pagamento e a ênfase na contenção de custos são essenciais para impedir que os profissionais de saúde direcionem seus pacientes para instituições alternativas, diminuindo potencialmente os

incentivos financeiros dos médicos.

Autonomia política

Do ponto de vista da Autonomia Política, não encontramos, em nossas entrevistas, nenhuma referência à subcategoria de definição do próprio horário de trabalho, mas identificamos que há um forte desejo dos entrevistados por maior participação ou representação nas decisões, sendo esse o único atributo mencionado por todos os participantes da pesquisa. Alguns entrevistados foram muito enfáticos, expressando que os médicos deveriam participar “de verdade... de uma discussão que tem poder de decisão!” (Indivíduo 924). Outro entrevistado tem a percepção de que “se o olhar do médico estiver faltando, será difícil!” (Indivíduo 677). Podemos perceber nesses depoimentos a intenção dos médicos de participar efetivamente e talvez até de resistir a decisões que foram tomadas sem a participação deles. Um entrevistado justifica essa posição com uma metáfora:

Ou seja, a pessoa toma uma decisão sem falar com a pessoa que a está executando, como se fosse um general decidindo que vai enviar o exército para atacar ali e não sabe que ali há um atoleiro. Então nós, que estamos lá, sabemos que não podemos entrar naquele lugar, há um atoleiro lá e vamos morrer nesta guerra. (Indivíduo 383).

Esse discurso mostra que os médicos consideram que possuem conhecimentos que podem contribuir para que a instituição consiga alcançar os objetivos propostos com a mudança. Foi identificado um interesse genuíno em participar mais das decisões estratégicas.

Neste trabalho, vários entrevistados expressaram que, na instituição, há uma centralização da informação estratégica, que só é repassada aos Chefes de departamentos médicos nas reuniões dos comitês. Isso cria lacunas de comunicação entre a alta administração e o corpo clínico, levando a uma percepção de que a instituição é indiferente às opiniões de seus membros. Identificamos uma percepção de que o Corpo Clínico não recebe informações claras sobre as mudanças propostas, o que motivou uma análise mais aprofundada desta questão, constituindo uma subcategoria específica para tanto.

A comunicação da estratégia do hospital, segundo os entrevistados, é transmitida ao Corpo Clínico através dos Chefes de cada departamento. Dessa forma, dependendo da posição do Chefe em relação à estratégia, as informações podem chegar filtradas (Indivíduos 568 e 647) ou mesmo “enviadas” (Indivíduo 383). A comunicação direta é um desejo do corpo clínico do Hospital. Outro ponto de interesse, levantado pelos profissionais, é esclarecer os motivos dessa mudança. O discurso do Indivíduo 588 sintetiza a percepção dos entrevistados quanto à

necessidade de mudança:

Então essa proposta de diferentes modelos de remuneração acompanha a evolução do que está acontecendo em relação à preocupação com o custo da sustentabilidade. Então, você, por exemplo, diz que você faz o procedimento x e que você pode curar o paciente, isso é ótimo, é perfeito, é excelente, mas você precisa entender a que custo você pode fazer isso, porque o sistema precisa ser suportado. E aí, eu não estou dizendo que você não precisa tratá-los, mas que, quando você vai propor um novo tratamento, você tem que se preocupar se esse tratamento precisa ter uma análise de custos. E ela precisa ter uma racionalidade para ser usada e, além disso, há algo que toda a sociedade civil hoje pede, que é a análise de resultados. (Indivíduo 588).

A Tabela 5 sintetiza as categorias de análise aqui utilizadas e como os entrevistados percebem as questões relacionadas a cada uma delas.

Tabela 5

Categorias de análise e percepção dos entrevistados

Categoria Analítica	Definição Constitutiva	Subcategorias de análise	Autores que tratam do assunto	Percepção dos Entrevistados
Autonomia Clínica	Direito exclusivo do conhecimento médico e para diagnosticar e tratar os pacientes como ele ou ela julgar mais apropriado.	Interferência na prescrição médica; Liberdade de apontar recursos	Doolin, 2002; Salvatore et al. 2018	“(…) e hoje vejo que os planos de saúde estão cada vez mais restritivos na aprovação de exames, procedimentos etc., especialmente devido aos altos custos que esses procedimentos têm. Então eu vejo que isso acaba acabando refletindo no paciente que às vezes tem algum procedimento negado, alguma medicação negada. Então eu vejo isso como algo que vem acontecendo cada vez mais, esse tipo de situação.” (Indivíduo 281) “Enorme insegurança! Enorme insegurança! O sentimento é que essas mudanças são sempre feitas para pagar o mínimo possível aos médicos e controlar o que os médicos farão o máximo possível.” (Indivíduo 569).
Autonomia Financeira	Liberdade da categoria, ou do próprio entrevistado, para fixar os seus honorários.	Qual o significado atribuído pelo entrevistado a essa dimensão e como, em sua avaliação, sua autonomia financeira será impactada diante dos novos modelos de pagamento.	Doolin, 2002; Salvatore et al. 2018	“É uma tradição verbal centenária, de décadas, se você quiser, que é algo que está chegando ao fim, então ele cobrava o que quisesse, pedia o que quisesse, não precisava se preocupar muito com a fonte pagadora, quanto tempo o paciente ficaria internado, o material, a medicação. O sentimento é que o número de administradores dentro do hospital está crescendo cada vez mais, seu poder está crescendo e, digamos assim, o impulso é empurrar cada vez mais os salários dos médicos para baixo, tanto quanto possível.” (Indivíduo 568). “(…) esse modelo que parece vir do exterior, com resultados obtidos no exterior, e nos pedem para replicá-lo. Excelência como no exterior, mas com pagamento como aqui. E isso é um problema, como os médicos podem ver. Então, eu, fulano de tal, costumava fazer o que quisesse, mas agora, ... Eu tenho que fazer do jeito que eles querem e eu tenho que ganhar o que eles querem me pagar.” (Indivíduo 677).
Autonomia Política	Estabelecer seu próprio cronograma de trabalho; Participação na decisão dos critérios de avaliação de desempenho; Participação ou maior representatividade nas decisões estratégicas; Falta de informações claras sobre mudanças propostas.	Como o entrevistado percebe o envolvimento dos médicos no processo de mudança, qual o nível de participação das categorias estudadas (Coordenadores e equipe).	Edmondson et al., 2001; Doolin, 2002; Pascucci e Meyer 2012; Salvador et al., 2018; Azevedo et al., 2017; Lusiani e Langley, 2019	“Eu acho que, na verdade, eu acho que o corpo clínico deveria estar envolvido, deveria ser chamado, e essa é uma demanda nossa, para realmente estar envolvido em uma discussão que tenha poder de decisão.” (Indivíduo 924); “Acho que deveria haver uma comunicação mais direta. Comunicação direta com os médicos. Sem sempre passar por comunicar o chefe do departamento e ver o que será filtrado mais tarde.” (Indivíduo 568). “Eu acho que a gente precisa, eu sei que às vezes você não consegue engajar todo mundo, abrir um auditório com 1000 pessoas e fazer uma reunião e às vezes não é produtivo... então eu vou ter 50. Então você tem mais representatividade e com mais frequência, você faz, e outra coisa é que a gestão precisa ouvir. Porque faz parte do mecanismo da concepção de sabedoria, de escuta. Você não precisa seguir, mas precisa ouvir! E não é possível que, entre 50 pessoas falando, você não vai levar 10 ou 15% que merecem ser trazidos para a frente. É por isso que acho que ambas as partes precisam ser ouvidas.” (Indivíduo 40). “Aprendi com meus amigos do RH que, se você não mostrar por que está fazendo algo, suas chances de falhar são gigantescas. Então, precisamos passar por isso, para mostrar por que essa coisa é importante e por que você está fazendo isso dessa maneira.” (Indivíduo 588).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão dos achados: *Sensemaking* dos médicos diante da mudança estratégica: Ameaças à identidade profissional

Maitlis e Christianson (2014) identificaram que mudanças planejadas e ameaças à identidade são poderosos gatilhos para o *Sensemaking*. Weick (1995) argumenta que, quando a identidade é desestabilizada, o processo de criação de sentido é ameaçado, e essa ameaça pode se expandir.

Além disso, Miettinen (2021), estudando o impacto das emoções negativas na implantação da estratégia, descobriu que essas emoções podem desencadear uma mudança em resposta à mudança, o que leva a desafios de implantação.

Os resultados deste estudo revelam que os médicos veem muitas das mudanças estratégicas em curso como ameaças à sua identidade profissional, particularmente no que diz respeito à análise da Autonomia Clínica, Autonomia Financeira e Autonomia Política. Vários entrevistados reconhecem a necessidade de uma mudança estratégica em relação ao modelo de pagamento de serviços. No modelo anterior de honorário por serviço, há um consenso de que “não se pode fazer face às despesas” (Indivíduo 924), pois incentiva a utilização desnecessária (Indivíduos 115 e 177), levando à ineficiência (Indivíduos 177, 40, 647).

Assim, por um lado, temos, no ambiente externo, a instituição, a agência reguladora (ANS), que, além de estabelecer coberturas obrigatórias para as OPSs, incentiva a adoção de modelos alternativos de pagamento. Adicionalmente, os próprios prestadores, ainda no ambiente externo, pressionam a administração do Hospital e os médicos para que contenham custos e adotem novos modelos. Por outro lado, temos médicos, cientes do alto custo do atendimento, mas movidos pelo desejo de sempre oferecer o melhor aos seus pacientes, independentemente de cláusulas regulatórias ou contratuais. E, por fim, os gestores hospitalares, pressionados tanto por médicos quanto por OPSs. O primeiro deseja continuar gozando de autonomia clínica, e o segundo ansioso por controlar os custos assistenciais. Esses elementos conferem ao sistema as características inerentes aos CASs, como a não linearidade das inter-relações entre os agentes que dão complexidade às mudanças estratégicas e a gestão de *sensemaking* para implantá-las.

O estudo de caso revelou que os médicos perceberam uma mudança, considerada necessária, como ameaçadora. Essa percepção decorreu do impacto da mudança em valores profissionais profundamente arraigados, que são parte integrante de sua identidade profissional. Apesar de compreenderem a necessidade de mudança de modelos de pagamento, os entrevistados percebem e temem a perda da Autonomia Clínica e Financeira, que aciona gatilhos de resistência à mudança.

É desafiador para os médicos investigados lidar com essa contradição e ressignificar a mudança, a fim de manter uma autoimagem consistente e positiva (Kyratsis et al., 2017). Para Doolin (2002), as decisões de assumir posições de liderança na instituição podem refletir o desejo dos médicos em manter a Autonomia Política, influenciando os serviços assistenciais.

Na mesma linha, os trabalhos de Edmondson et al. (2001), Pascucci e Meyer Jr. (2013), Azevedo et al. (2017), Lusiani e Langley (2019), Salvatore et al. (2018), Day et al (2023) e Ackerhans et al (2024) mostram que a percepção de maior participação nos processos de tomada de decisão ativa gatilhos positivos de *sensemaking*, promovendo maior aderência às mudanças. No caso investigado, os profissionais de fato sentem a necessidade de maior participação, de se sentirem empoderados como agentes ativos na defesa de suas prerrogativas profissionais (Lusiani e Langley, 2019).

Nesta pesquisa, identificamos a necessidade e o valor que os entrevistados percebem em participar de decisões estratégicas que envolvem mudanças nos modelos de pagamento de serviços de saúde. Na próxima seção, apresentaremos as conclusões deste trabalho, suas limitações e as sugestões e recomendações para o campo e para a prática.

Conclusões

O objetivo deste estudo foi investigar como os médicos de um importante hospital brasileiro percebem a mudança proposta nos modelos de pagamento pelos serviços prestados e se essa mudança proposta afeta elementos da identidade profissional dos médicos entrevistados.

O estudo também objetivou determinar, na perspectiva dos médicos, ações que pudessem incentivar uma maior adesão da categoria profissional à estratégia pretendida. Na busca desse objetivo, foram extraídos insights do conceito de *sensemaking* e da teoria dos sistemas adaptativos complexos, dadas as características únicas das organizações hospitalares (Plsek e Greenhalgh 2001; Anderson e McDaniel 2000; Pascucci, Meyer Jr e Crubellate 2017).

De acordo com a literatura, a identidade profissional médica ancora-se na Autonomia Médica com seus três pilares: Autonomia Clínica, Autonomia Financeira e Autonomia Política (Flitter e Riesenm 2012; Azevedo et al. 2017; Luziani e Langley 2019; Doolin 2002). As entrevistas apontaram para a relevância da Autonomia Política, por meio de declarações relacionadas às subcategorias “Participação ou maior representação nas decisões estratégicas” e “Falta de informações claras sobre as mudanças propostas”. Os entrevistados sugeriram melhorias no processo de comunicação interna, como informações mais diretas ao Corpo Clínico e maior clareza nas informações repassadas. Eles também sugeriram maior participação

nas discussões e maior participação nos processos de tomada de decisão. Esses achados estão em consonância com Edmondson et al. (2001) que afirmam que a implantação de uma mudança deve observar, entre outros, a comunicação e tempo para que os envolvidos possam refletir coletivamente sobre o processo apropriado.

As entrevistas também revelaram a necessidade e o valor que os entrevistados percebem em participar de decisões estratégicas que envolvem mudanças nos modelos de pagamento de serviços de saúde. Esse achado é corroborado pelos trabalhos de Edmondson et al. (2001), Pascucci e Meyer Jr. (2013), Azevedo et al. (2017), Lusiani e Langley (2019), Salvatore et al. (2018), Takahashi (2011) e Ackerhans et al (2024). Salvatore et al. (2018) encontraram correlação positiva entre a participação dos médicos nas decisões estratégicas e sua identificação com a organização, mostrando a importância que esses profissionais atribuem à participação. Ainda sobre esse tema, Pascucci et al. (2017) relatam que a administradora de um hospital estudado pelos autores relatou que reduziu a resistência dos médicos, mostrando-lhes os benefícios da estratégia pretendida, para eles e para a instituição. Ackerhans et al (2024) descobriram que envolver os médicos na tomada de decisão aumenta sua disposição de mudar seus padrões de prática no longo prazo.

Doolin (2002) refere-se à prerrogativa de tomar decisões políticas como elemento constitutivo da identidade médica. Para o autor, o desejo dos médicos por maior participação nas decisões pode ser justificado pelo desejo de manter ou ampliar o controle sobre as atividades assistenciais, e a resistência tende a ocorrer quando há a percepção de que uma mudança desafia os valores profissionais.

No que se refere à autonomia clínica, alguns profissionais percebem interferência na prescrição ou restrição de liberdade para indicação de recursos, mas outros afirmam que ainda mantêm controle sobre os meios de diagnóstico e tratamento, uma vez que utilizam protocolos e diretrizes baseados nas melhores evidências científicas (Hoof T. J., & McCaffrey, 1996). Salvatore et al. (2018) alertam para o potencial mal-entendido dessa percepção, pois é necessário olhar além do controle gerencial e das preocupações com custos. Para os autores, os sistemas de medição de desempenho e os protocolos institucionais também são elementos que constituem barreiras à autonomia profissional (Flitter MA, Riesenmy, 2012).

Os resultados desta pesquisa mostram que os médicos estão cientes e entendem a necessidade de mudanças no modelo de pagamento de serviços. No entanto, a falta de informações estruturadas gera sentimentos de ameaça à sua identidade profissional, relacionados às categorias de análise de Autonomia Clínica e Autonomia Financeira e Política.

Quando confrontados com uma mudança considerada necessária, mas que representa

uma ameaça aos valores profissionais profundamente arraigados que formam componentes integrais de sua identidade, os médicos devem navegar nessa contradição. Torna-se imperativo que reinterpretem a mudança, garantindo consistência e fomentando uma autoimagem positiva (Kyratsis, 2017). Uma maior participação dos médicos no processo de discussão das mudanças, ao promover um senso de Autonomia Política, pode ativar gatilhos positivos de *sensemaking*, favorecendo o desenvolvimento e a implantação das mudanças propostas.

Contribuições, limitações e avanços futuros

Esta pesquisa foi realizada em um único hospital filantrópico especializado, com um Corpo Clínico fechado. Os hospitais, apesar de serem organizações similares, possuem características distintas, o que dificulta e complica a replicação dos resultados.

Outro ponto fraco está no tamanho da amostra, composta por 11 entrevistados em um universo de 570 médicos cadastrados no corpo clínico. O fato de nos ter sido negado o acesso aos documentos da organização, além de ser uma limitação do estudo, mostra o quanto o tema ainda é sensível na gestão hospitalar.

A amostra limitada, no entanto, permitiu uma análise aprofundada das entrevistas, buscando elementos da linguagem médica e construção de frases e significados das palavras, possibilitando uma maior compreensão da percepção dos entrevistados em relação à mudança proposta. Apesar dessas limitações, o estudo encontra respaldo na literatura apresentada, relacionada à identidade médica e ao processo de *sensemaking* nas organizações.

Este trabalho contribui para a literatura, avançando no processo de compreensão dos gatilhos de *sensemaking* e demonstrando como e por que as ameaças à identidade profissional podem dificultar o processo de implantação de estratégias em organizações complexas. Acreditamos que outras organizações profissionais, como as Universidades, por exemplo, se beneficiariam de estudos envolvendo os elementos que constituem a identidade da categoria profissional dessas instituições. Além disso, este estudo trouxe contribuições empíricas para achados anteriores registrados na literatura, bem como evidências sobre outras categorias de análise que compõem a identidade médica e sua contribuição para a construção do sentido.

Em termos de avanço da literatura, a pesquisa qualitativa, ao abordar questões sob a ótica do participante, está sujeita à subjetividade (Maitlis, 2005). Assim, a fim de estabelecer a correlação de causa e efeito entre as categorias de análise, sua influência na identidade profissional e os gatilhos de resistência à mudança, um estudo quantitativo poderia ser realizado. Dentre as vantagens deste método estão o alcance de um maior número de participantes e a possibilidade de estabelecer uma correlação por meio da análise estatística

entre as variáveis determinadas.

Dado que o *sensemaking* é um processo contínuo, influenciado por ciclos de interpretação e ação, avaliar as percepções dos profissionais do Hospital estudado após o início dos ciclos de ação seria uma contribuição valiosa para a literatura. Tal avaliação, conduzida longitudinalmente, lançaria luz sobre a efetividade das práticas implantadas pela alta administração para angariar adesão da categoria profissional às mudanças planejadas. Quanto às contribuições para a prática, a implantação de estratégias nas organizações hospitalares é um tema de grande relevância para os gestores dessas instituições, pois o cenário do setor de saúde é sempre caótico, com multiplicidade de atores e interesses, além da evolução tecnológica exponencial. Saber como as mudanças propostas afetam os valores arraigados na identidade do profissional médico é fundamental para entender as objeções desses profissionais e estabelecer estratégias para obter seu apoio. Nas palavras de McDaniel e Driebe (2001):

Quando se entende que as organizações de saúde são sistemas adaptativos complexos e que compartilham as características desses sistemas, o foco gerencial muda. Não se trata mais de conhecer o mundo, mas entender seu significado; prever o futuro, a fim de preparar a organização para um futuro imprevisível, e controlar o sistema, a fim de liberar o potencial dinâmico do sistema.

Ao reconhecer a ameaça percebida à identidade profissional entre o grupo entrevistado e reunir sugestões desse grupo para aumentar a adesão às mudanças planejadas, este estudo contribui para o avanço da implantação da estratégia. Ele serve como uma ferramenta crucial para o Hospital ganhar vantagens competitivas em um segmento ferozmente contestado, como o mercado de saúde terciário. Outro ponto que merece destaque é a importância da comunicação para a construção de sentido, envolvendo os participantes e, conseqüentemente, implantando a estratégia desejada.

Sugerimos que pesquisas futuras analisem documentos produzidos por hospitais sobre o tema. Sugerimos também uma pesquisa com um número maior de profissionais.

Detalhes do financiamento: Não houve financiamento público ou privado para apoiar este trabalho. Todas as despesas foram suportadas pelo primeiro autor.

Declaração de divulgação: Não há conflito de interesses dos autores em relação a este trabalho.

Declaração de disponibilidade de dados: Os participantes deste estudo não deram consentimento por escrito para que seus dados fossem compartilhados publicamente, portanto, devido à natureza sensível da pesquisa, os dados de apoio não estão disponíveis.

Isenção de Responsabilidade Ética: Uma vez que a Junta Brasileira de Saúde Nacional em

sua 49ª reunião extraordinária, ocorrida em abril/2016 publicou a Resolução nº 510, afirmando que pesquisas que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingentemente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o assunto não serão analisados ou registrados no comitê nacional de ética em pesquisa, não submetemos este trabalho a nenhum comitê de ética.

Referências

- Ackerhans, S., Huynh, T., Kaiser, C., Schultz, C. (2024) Exploring the role of professional identity in the implementation of clinical decision support systems—a narrative review. *Implementation Science* (2024) 19:11. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01339-x>
- Anderson RA. & McDaniel RR Managing health care organizations: Where professionalism meets complexity science. *Health Care Manag Rev.* 2000;25(1):83–92. doi: <https://10.1097/00004010-200001000-00010>
- ANS, *Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor* (Guide to Implementing).
- Azevedo CS, Sá MC, Cunha M, Matta GC, Miranda L, Grabois V. (2017). Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS (Rationalization and Sensemaking in Care Management: na experience of strategic change in a SUS hospital). *Ciência & Saúde Coletiva* 22(6) (Jun.). 1991–2002. doi: <https://10.1590/1413-81232017226.13312016>
- 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: <https://10.1111/joms.12059>

- Bloor G, Dawson P. Understanding professional culture in organizational context. *Org Stud.* 1994;15(2):275–295-h doi: <https://10.1177/017084069401500205>
- Burgelman RA. A process model of internal corporate venturing in the diversified major firm. *Admin Sci Q.* 1983;28(2):223. doi: <https://10.2307/2392619>
- Cornelissen J, Schildt H. (2015). Sensemaking in Strategy as Practice: A Phenomenon or a Perspective? In D. Golsorkhi, L. Rouleau, D. Seidl, & E. Vaara (Eds.), *Cambridge Handbook of strategy as practice* (second edition ed., pp. 345-364). Cambridge University Press.
- Day, L, Balogun, J & Mayer, M. (2023). Strategic Change in a Pluralistic Context: Change leader sensegiving. *Organization Studies*, 44(8), 1207–1230
- Denis J, Langley A, Rouleau L (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*. 60(1):179–215.
<https://10.1177/0018726707075288>
- Doolin D.(2002) Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Org Stud.* 2:369-390.
- Edmondson AC, Bohmer RM, Pisano GP. (2001). Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals., *Administrative Science Quarterly*, (46) 4.
- Flitter MA, Riesenmy KR, van Stralen D. (2012)Current medical staff governance and physician sensemaking: A formula for resistance to high reliability. *Adv Health Care Manag.* 13.3–28. doi: [https://10.1108/S1474-8231\(2012\)0000013006](https://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. *Int J Prod Econ.* 107961. doi: <https://10.1016/j.ijpe>

- Gioia DA, Thomas JB, Clark SM, Chittipeddi K.(1994) Symbolism and strategic change in academia: The dynamics of sensemaking and influence. *Org Sci.* 5(3):367.
- Glouberman S, Mintzberg H (2001). Managing the care of health and the cure of disease— Part I: Differentiation. *Health Care Manag Rev.* 26(1):56–69. doi: <https://10.1097/00004010-200101000-00006>
- Glover WJ, Nissinboim N, Naveh (2020) Examining innovation in hospital units: A complex adaptive systems approach. *BMC Health Serv Res.*, 20(1). <https://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>
- Hendrikx W. Priced not praised: professional identity of GPs within market-oriented healthcare reform, *J Prof Org.* 2018;5(1):12–27. doi: <https://10.1093/jpo/jox011>
- Hoff TJ & McCaffrey DH (1996). Adapting, resisting, and negotiating: How physicians cope with organizational and economic change, *Work Occup.* 23(2):165-189.
- Hoof 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. *J Manag Stud.* 40(1):23–55. doi: <https://10.1111/1467-6486.t01-1-00003>
- Jarzabkowski P (2004). Strategy as practice: Recursiveness, adaptation, and practices-in-use. *Org Stud.* 25(4):529–560.
- Jolemore S. (2018). *A Narrative Inquiry of Physician Leadership*. [dissertation]. Retrieved from

http://dc.msvu.ca:8080/xmlui/bitstream/handle/10587/1917/ShawnJolemorePhDT_hesi_s2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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. *Acad Manag J.* 60(2):610–641. doi: <https://10.5465/amj.2013.0684>

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>

Lusiani M &Langley A. (2019)The social construction of strategic coherence: Practices of enabling leadership. *Long Range Planning* 52(5):101840. doi: <https://10.1016/j.lrp.2018.05.006>

Maitlis S & Christianson M.(2014) Sensemaking in organizations: Taking stock and moving forward. *Acad Manag Ann.* 8(1):57–125. doi: <https://10.1080/19416520.2014.873177>

Maitlis S. (2005) The social processes of organizational sensemaking, *Acad Manag J.* 48(1):21–49. Mantere S.(2005) Strategic practices as enablers and disablers of championing activity. *Strat Org.* 3(2):157–184. doi: <https://10.1177/1476127005052208>

McDaniel RR & Driebe DJ. (2001)Complexity science and health care management. *Adv Health Care Manag.* 2:11–36. doi: [https://10.1016/S1474-8231\(01\)02021-3](https://10.1016/S1474-8231(01)02021-3)

Meyer Jr V, Pascuci L & Murphy PJ. (2012)Implementing strategies in complex systems: Lessons from Brazilian hospitals. *BAR - Brazilian Admin Rev.* 9:19–37. doi: <https://10.1590/S1807-76922012000500003>

- Mintzberg H & Waters JA (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management J.* 6(3):257-272.
- Mintzberg H (1979). *Patterns in strategy formation*. Int Stud Manag Org. 1979;9(3). Behavioral Models of Strategy Formulation - I (Fall), Taylor & Francis, Ltd.67-86.
- Mitra M, Hoff T, Brankin P & Dopson S(2019). Making sense of effective partnerships among senior leaders in the national health service. *Health Care Manag Rev.* 2019;44(4):318–331. doi: <https://10.1097/HMR.000000000000166>
- Pascucci L & Meyer Jr V. (2013). Estratégia em contextos complexos e pluralísticos (Strategy in complex and pluralistic contexts). *Revista de Administração Contemporânea* 17(5) (Oct.): 536–55. doi: <https://10.1590/S1415-65552013000500003>
- Pascucci LM, Meyer Júnior V, Crubellate JM (2017). Strategic management in hospitals: Tensions between the managerial and institutional lens. *BAR – Brazilian Admin Rev.* 14(2). doi: <https://10.1590/1807-7692bar2017160092>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.
- Plsek PE, Wilson T (2001). *Complexity science: Complexity, leadership, and management in healthcare* *BMJ.* 323(7315):746–749. doi: <https://10.1136/bmj.323.7315.746>
- Plsek P., Greenhalgh T. (2001)The challenge of complexity in healthcare. *BMJ.* 323 (7313):625-628.
- Reis, A (2018) IEES. *Instituto de Estudos de saúde Suplementar*. Projeção das despesas assistenciais da Saúde Suplementar (Projection of Supplementary Health Care Expenses
- Salvatore D, Numerato D, Fattore G (2018). Physicians professional autonomy and their organizational identification with their hospital. *BMC Health Serv Res.* 18 (1). doi: <https://10.1186/s12913-018-3582-z>

Schuler, B. A., Orr, K. & Hughes, J. (2023). My colleagues (do not) think the same: Middle managers' shared and separate realities in strategy implementation. *Journal of Business Research*, 160, 113782

Scott, R. D., 2nd, Solomon, SL, & McGowan, Jr J. E. (2001). Applying Economic principles to health care. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), (March – April).

Smircich L & Stubbart C(1995). Strategic management in an enacted world. *Acad Manag Rev.* 1985;10(4):724-736.

Sturmberg JP, O'Halloran DM, Martin CM (2012). Understanding health system reform - a complex adaptive systems perspective: Understanding health system reform. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(1):202–208. doi: <https://10.1111/j.1365-2753.2011.01792.x>

Takahashi ACD (2011), *Análise do Modelo de Remuneração Hospitalar no Mercado de Saúde Suplementar Paulistano* (Dissertation), São Paulo, SP, Brazil,. Escola de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas.

Weick KE.(1995) *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, California, USA, SAGE Publications.

Weiser, A.-K. (2021). The Role of Substantive Actions in Sensemaking During Strategic Change.

Journal of Management Studies, 58(3 May). "White MD & Marsh EE (2006). Content analysis: A flexible methodology. *Lib Trend.* 55(1):22–45. doi:

<https://10.1353/lib.2006.0053>

Whittington R. (2007). Strategy practice and strategy process: Family differences and the sociological eye. *Org Stud.* 2007;28(10):1575–1586. doi:

<https://10.1177/0170840607081557>

- Whittington, R. (1996). Strategy as Practice. *Long Range Planning*, 29(5), 731-735. Gioia DA, Chittipeddi K. (1991). Sensemaking and Sensegiving in Strategic Change Initiation, *Strategic Management Journal*, 12(6), 433-448, 1991;
- Yin RK. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (Case Study: Planning and Methods), Porto Alegre, RS, Brazil: Bookman; 2015, p. 2.