

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

ANDRÉ DAVI EBERLE

SENSEMAKING, STRATEGIZING E CRISE ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE
CASO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE
INFLUENZA A/H1N1 (2009)

CURITIBA

2011

ANDRÉ DAVI EBERLE

SENSEMAKING, STRATEGIZING E CRISE ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE
CASO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE
INFLUENZA A/H1N1 (2009)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração, área de Concentração Estratégia e Análise Organizacional, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Machado Casali

CURITIBA

2011

TERMO DE APROVAÇÃO

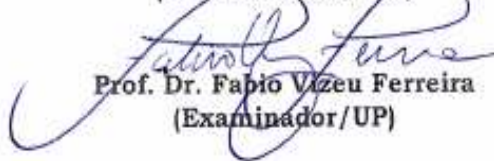
André Davi Eberle

“SENSEMAKING, STRATEGIZING E CRISE ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE INFLUENZA A/H1N1 (2009)”

DISSERTAÇÃO APROVADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:


Prof.^a Dr.^a Yara Lúcia Mazziotti Bulgacov
(Examinadora/UFPR)


Prof.^a Dr.^a Adriana Machado Casali
(Orientadora/UFPR)


Prof. Dr. Fábio Vizeu Ferreira
(Examinador/UP)

31 de agosto de 2011

Ao meu avô Arnaldo O. Drews (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela vida, por minha família, por Seu amor incondicional, por Sua misericórdia, por me conduzir até aqui e por estar sempre ao meu lado.

À minha orientadora, Dra. Adriana Machado Casali, por tudo que me ensinou durante a realização desta pesquisa. Agradeço pela compreensão, pelos direcionamentos, questionamentos, conversas, pela paciência, e principalmente, por estar ao meu lado nesta etapa tão importante de minha vida.

Aos professores Fabio Vizeu, Yara Bulgacov e Sergio Bulgacov pela presença na qualificação e banca de defesa da dissertação, pelas considerações, sugestões, questionamentos e conversas, essenciais para a construção deste trabalho.

Ao CNPq pela concessão de uma bolsa de estudos.

À Dra. Suzana Dal-Ri Moreira, por não medir esforços para apoiar e viabilizar a realização desta pesquisa, por acreditar neste projeto e por tudo que fez para torná-lo real, pelo acolhimento e incentivo.

Aos profissionais do Hospital de Clínicas, pela abertura para realização desta pesquisa, pela disposição e confiança de compartilharem comigo suas experiências. Agradeço pela riqueza de suas palavras.

À Simone M. Wassen, pela revisão do texto e pela amizade.

A toda minha família, pelo apoio incondicional, incentivo, compreensão, pelas orações e pelo amor.

À minha esposa, Ana Caroline, meu profundo agradecimento por tudo que você fez por mim e por nós durante este mestrado, por sua presença e incentivo, principalmente nos momentos de maior dificuldade, pela compreensão e paciência, e acima de tudo, pelo amor vivo e verdadeiro.

Confia no SENHOR de todo o teu coração
e não te estribes no teu próprio entendimento.

Reconhece-o em todos os teus caminhos

Provérbios 3.5-6a

RESUMO

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso em que se analisou uma situação de crise organizacional ocorrida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná durante a pandemia de influenza A/H1N1 no ano de 2009. O objetivo da pesquisa foi compreender como ocorreram os processos de *sensemaking* e de *strategizing* no Hospital de Clínicas durante a pandemia. O referencial teórico foi construído com base nas temáticas: crise organizacional, processo de *sensemaking* e processo de *strategizing*, compreendido aqui na perspectiva da estratégia como prática. Realizou-se a coleta dos dados por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, grupos focais e análise documental. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, considerando a triangulação de dados conforme as diferentes fontes de coleta. A apresentação dos resultados está organizada em cinco tópicos, sendo que nos dois primeiros realizou-se a descrição do Hospital de Clínicas e da pandemia de influenza A/H1N1. Posteriormente, no terceiro tópico, analisou-se o processo de crise organizacional ocorrido no hospital durante a pandemia, considerando os seguintes momentos: (I) o período antecedente à fase aguda da crise; (II) a ocorrência do evento desencadeador da crise; (III) a fase aguda da crise; e (IV) o período pós-crise. No quarto tópico foram apresentados os resultados referentes aos processos de *sensemaking* realizados pelos profissionais do hospital no contexto da pandemia. Os resultados demonstraram a relevância do *sensemaking* ao longo do processo de crise organizacional, principalmente com relação ao modo como os profissionais construíram sentidos sobre os sinais de alerta e de vulnerabilidade característicos do período antecedente à crise. Observou-se ainda, a importância de se considerar a influência dos sentimentos, principalmente de medo e pânico, nos processos de *sensemaking* realizados em uma situação de crise. Por fim, na análise do *strategizing* durante a crise contemplou-se a descrição dos praticantes da estratégia, da *práxis* e das práticas estratégicas. O processo de fazer a estratégia (*strategizing*) foi analisado a partir do *strategizing* interativo, realizado por meio de interações sociais, e o *strategizing* processual, baseado na utilização de práticas estratégicas administrativas. Assim, analisou-se como o *strategizing* foi sendo realizado durante a crise por meio de práticas de treinamento dos funcionários, de controle de infecção hospitalar, de segurança no trabalho, de criação do comitê da gripe e de realização de assembleias e reuniões. Concluiu-se que os processos de *sensemaking* sobre a pandemia influenciaram no modo como os profissionais agiram e criaram estratégias para lidar com a crise, e, concomitantemente, a *práxis* e as práticas estratégicas também influenciaram na construção dos sentidos compartilhados pelos profissionais do Hospital de Clínicas. Portanto, pode-se concluir que ao longo da crise ocorreram relações de influência recíprocas entre os processos de *sensemaking* e de *strategizing*. Por fim, foram apresentadas propostas de realização de novas pesquisas envolvendo as temáticas de crise organizacional, *sensemaking* e *strategizing*.

Palavras-chave: Crise organizacional, processo de *sensemaking*, processo de *strategizing*, estratégia como prática, pandemia de influenza A/H1N1.

ABSTRACT

This research is characterized as a case study which analyzed an organizational crisis that occurred in the Hospital de Clínicas at Universidade Federal do Paraná during the pandemic of influenza A/H1N1 in 2009. The purpose of this research was to understand how the processes of sensemaking and strategizing occurred at the Hospital de Clínicas during the pandemic. The theoretical framework was constructed based on the themes: organizational crisis, sensemaking and strategizing, understood in the perspective of strategy as practice. The data gathering was done by means of semi-structured individual interviews, focus groups and documentary analysis. Data were analyzed using the technique of content analysis, considering the triangulation of data according to different sources of collection. The presentation of results is organized into five topics, with the first two took place the description of the Hospital de Clínicas and the influenza A/H1N1 pandemic. Subsequently, in the third topic, we analyzed the process of organizational crisis occurred in the hospital during the pandemic, considering the following points: (i) the period leading up to the acute phase of the crisis, (ii) the occurrence of the triggering event of crisis; (III) the acute phase of the crisis, and (iv) the post-crisis period. In the fourth topic were presented the results of the sensemaking made by hospital professionals in the context of the pandemic. The results demonstrated the importance of sensemaking in the process of organizational crisis, particularly with respect to how professionals sensemaking of the warning signs and vulnerability, characteristic of the period preceding the crisis. It was also noted the importance of considering the influence of feelings, especially fear and panic, in the process of sensemaking performed in a crisis situation. Finally, the analysis of strategizing during the crisis looked at the description of the practitioners of strategy, *praxis* and strategic practices. The strategizing was analyzed from the interactive strategizing, accomplished through social interactions, and procedural strategizing, based on the use of administrative practices. Thus, we analyzed how the strategizing was being held during the crisis by means of practices such as training employees, hospital infection control, occupational safety, creation of the committee of the flu and to hold meetings and gatherings. It was concluded that the sensemaking about the pandemic influenced the way the professionals acted and created strategies to deal with the crisis, and concomitantly, the *praxis* and the strategic practices also influences the sensemaking made by professionals of the Hospital de Clínicas. Therefore, it can be concluded that throughout the crisis occurred reciprocal relationship of influence between the processes of sensemaking and strategizing. Finally, proposals were made to carry out new studies involving the themes of organizational crisis, sensemaking and strategizing.

Key-words: Organizational crisis, sensemaking, strategizing, strategy as practice, pandemic influenza A/H1N1.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de <i>organizing</i>	38
Figura 2. Uma visão relacional de macro e micro-práticas.	44
Figura 3. Integrando <i>Práxis</i> , Praticantes e Práticas.	46
Figura 4. Um modelo conceitual para analisar a estratégia como prática.	49
Figura 5. Relações entre o processo de crise organizacional e o processo de <i>sensemaking</i>	51
Figura 6. Categorias de Análise: crise organizacional, processo de <i>sensemaking</i> e processo .	66
Figura 7. Organograma do Hospital de Clínicas da UFPR.....	79
Figura 8. Taxa de incidência de casos confirmados de influenza pandêmica (H1N1) 2009, no Brasil e regiões Sul e Sudeste, semana epidemiológica 29 a 52/2009.	84
Figura 9. Número de consultas médicas por síndrome gripal da rede municipal de saúde de Curitiba de junho a novembro de 2009.	85
Figura 10. Distribuição do número de internamentos de casos suspeitos de influenza pandêmica em Curitiba.....	86
Figura 11. Influência do <i>strategizing</i> no processo de <i>sensemaking</i>	165

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação de entrevistas e grupos focais realizados na pesquisa.	74
Quadro 2. Fases do desenvolvimento de uma pandemia de influenza.	82
Quadro 3. Distribuição de casos SRAG por classificação epidemiológica.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CDC - *Centers for Disease Control*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FUNPAR – Fundação da Universidade Federal do Paraná

HC – Hospital de Clínicas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pronto Atendimento

SARS - *Severe Agute Respiratory Syndrome*

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.2	OBJETIVOS DE PESQUISA.....	15
1.2.1	Objetivo geral	15
1.2.2	Objetivos específicos	15
1.3	JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA	15
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	CRISE ORGANIZACIONAL	18
2.1.1	Crises Organizacionais: abordagem centrada no evento e abordagem processual	22
2.2	O PROCESSO DE <i>SENSEMAKING</i>	30
2.2.1	Propriedades do <i>sensemaking</i>	33
2.2.2	Considerações sobre o <i>sensemaking</i> e o <i>organizing</i>	37
2.3	ESTRATÉGIA COMO PRÁTICA E <i>STRATEGIZING</i>	40
2.4	RELAÇÕES ENTRE CRISE ORGANIZACIONAL, <i>SENSEMAKING</i> E <i>STRATEGIZING</i>	50
2.4.1	O Processo de Crise Organizacional e o <i>Sensemaking</i>	50
2.4.2	Relações entre os processos de <i>sensemaking</i> e de <i>strategizing</i>	61
3.	MÉTODO	64
3.1.	PRINCÍPIO EPISTEMOLÓGICO	64
3.2	ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	65
3.2.1	Perguntas de Pesquisa.....	65
3.2.2	Categorias de Análise – Definições Constitutivas e Operacionais.....	66
3.2.3	Definição de Outros Termos Relevantes	68
3.3	DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA.....	69
3.3.1	Seleção do Caso.....	71
3.3.2	Nível e Unidade de Análise	71
3.3.3	Coleta e Análise dos Dados	72
3.4	LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	76
4.	ANÁLISE DOS DADOS	78
4.1	O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR.....	78

4.2	A PANDEMIA DE INFLUENZA A/H1N1 (2009)	81
4.3	O PROCESSO DE CRISE ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL DE CLÍNICAS.....	87
4.4	O PROCESSO DE <i>SENSEMAKING</i> DURANTE A CRISE.....	109
4.5	O <i>STRATEGIZING</i> DURANTE A CRISE.....	137
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas.....	185

1. INTRODUÇÃO

O termo “crise” é empregado em diversos campos, como sociologia, história, ciências políticas, economia, psicologia, dentre outros; sendo que cada um utiliza definições particulares conforme suas perspectivas e áreas de conhecimento (PAUCHANT e DOUVILLE, 1993). No campo da administração, o termo é considerado a partir da constatação de que as organizações são suscetíveis à ocorrência de crises, havendo, portanto, uma preocupação quanto aos impactos e danos causados, bem como, as ações de prevenção e de gestão de crises organizacionais (FINK, 1986; PAUCHANT e DOUVILLE, 1993; KOVOOR-MISRA, 1995; PEARSON e CLAIR, 1998).

Considerando apenas os últimos anos é possível identificar diversas situações de crise que foram amplamente divulgadas pela mídia, como por exemplo: a crise do “apagão aéreo” nos anos de 2006 e 2007, acompanhada de dois dos maiores acidentes da aviação civil nacional, a colisão entre o Boeing da Gol e o jato Legacy em 2006 e o acidente do voo TAM 3054 em 2007 no aeroporto de Congonhas em São Paulo; a queda do avião da Air France que partiu do Rio de Janeiro com destino a Paris em maio de 2009; a crise econômica mundial de 2008-2009; o *recall* de milhões de veículos da Toyota em todo o mundo no ano de 2010; o vazamento de milhões de barris de petróleo no Golfo do México decorrente da explosão de uma plataforma da British Petroleum - BP no segundo trimestre de 2010; o acidente nuclear de Fukushima decorrente do terremoto e do tsunami que atingiram o Japão em março de 2011, dentre outras.

Como demonstrado em alguns destes exemplos, as crises que ocorrem nas organizações podem ser desencadeadas por vários fatores e eventos, como por exemplo: relacionados a problemas de ordem financeira e econômica, a processos de aquisição, fusão ou reestruturação organizacional mal conduzidos, decorrentes da necessidade de *recall* de produtos, da ocorrência de mudanças tecnológicas, políticas e culturais, e ainda, relacionados à ocorrência de acidentes industriais, desastres tecnológicos ou desastres naturais (PAUCHANT e MITROFF, 1988; SHRIVASTAVA *et al.*, 1988; PEARSON e CLAIR, 1998; PERROW, 1999; KOVOOR-MISRA *et al.*, 2001). As pesquisas sobre crises organizacionais podem priorizar a análise de diversos aspectos, como: financeiros, tecnológicos, políticos, sociais, psicológicos, culturais, bem como, relacionados à estratégia, estrutura organizacional, comunicação, relações públicas e gestão de crises (PAUCHANT e DOUVILLE, 1993; KOVOOR-MISRA, 1995; PEARSON e CLAIR, 1998; KOVOOR-MISRA *et al.*, 2001).

Nesta pesquisa realizou-se a análise de uma situação de crise organizacional ocorrida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) durante a pandemia de influenza A/H1N1 no ano de 2009. Até o final daquele ano havia casos confirmados de infecções por influenza A/H1N1 em mais de 200 países, inclusive no Brasil, sendo que a região sul do país foi a que registrou as maiores taxas de incidência de casos e de mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O Hospital de Clínicas foi definido como hospital de referência de Curitiba e região metropolitana para o atendimento dos pacientes com gripe A/H1N1. O setor de Pronto Atendimento do hospital foi reservado exclusivamente para o atendimento de pessoas com gripe. Houve um impacto significativo na dinâmica de funcionamento do hospital, principalmente em decorrência do risco de infecção e da grande demanda de atendimento e internamento de pacientes com gripe A/H1N1 em estado grave.

Neste estudo foram analisados aspectos sociais e psicológicos ao se considerar o processo de *sensemaking* durante a crise (WEICK, 1988, 1993, 1995, 2010). Trata-se de uma reflexão sobre como os atores organizacionais construíram sentidos plausíveis para as experiências e situações vivenciadas durante a crise organizacional (WEICK, 1988, 1995). Nesta perspectiva, considera-se que as pessoas realizam processos de *sensemaking* em situações de interação social e de comunicação no intuito de reduzir a ambiguidade e a incerteza características da situação de crise (WEICK, 1979, 1988, 1995, 2010; WEICK *et al.*, 2005; PEARSON e CLAIR, 1998). Segundo Weick (1988, 1993, 2010) o processo de *sensemaking* realizado pelos atores interfere no desenvolvimento da situação de crise.

Esta pesquisa prioriza, ainda, a análise do processo de realização da estratégia organizacional durante a situação de crise, considerada a partir da perspectiva da estratégia como prática. Sendo assim, realizou-se uma análise do processo de *strategizing* (de fazer a estratégia) durante a crise, considerando os praticantes da estratégia, as *praxis* e as práticas estratégicas (WHITTINGTON, 1996, 2002a, 2006; JARZABKOWSKI, 2004, 2005; JOHNSON *et al.*, 2007; JARZABKOWSKI e SPEE, 2009).

Além da análise dos processos de *sensemaking* e de *strategizing* durante a crise organizacional, realizou-se uma análise sobre as relações de influência e de intersecção entre ambos os processos.

Portanto, tendo em vista tais considerações, este estudo teve como propósito responder ao problema de pesquisa apresentado a seguir.

1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

O presente estudo se propõe a responder o seguinte problema de pesquisa:

Como ocorreram os processos de *sensemaking* e *strategizing* no Hospital de Clínicas da UFPR durante a pandemia de influenza A/H1N1 (2009)?

1.2 OBJETIVOS DE PESQUISA

1.2.1 Objetivo geral

Esta pesquisa teve como objetivo:

Compreender como ocorreram os processos de *sensemaking* e *strategizing* no Hospital de Clínicas da UFPR durante a pandemia de influenza A/H1N1 (2009).

1.2.2 Objetivos específicos

Tendo como base o objetivo geral enunciado, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar o Hospital de Clínicas - UFPR.
2. Caracterizar a pandemia de Influenza A/H1N1 (2009).
3. Descrever o desenvolvimento da crise organizacional no Hospital de Clínicas – UFPR durante a pandemia de Influenza A/H1N1 (2009).
4. Compreender o processo de *sensemaking* ocorrido durante a crise.
5. Compreender o *strategizing* realizado durante a crise.
6. Analisar as relações entre os processos de *sensemaking* e *strategizing* durante a crise.

1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

As pesquisas sobre crises organizacionais e sua gestão são recentes no cenário nacional na área da administração (SANTANA, 1998; SALINAS, 2001). Ainda que de modo restrito, considera-se que esta pesquisa contribui no desenvolvimento deste campo de

pesquisa. Uma destas contribuições remete ao fato de que a presente pesquisa realiza uma análise da crise organizacional a partir de uma perspectiva interpretativista e construtivista social, sendo que a maioria das pesquisas adota perspectivas positivistas e funcionalistas (HEARIT e COURTRIGHT, 2003). Esta perspectiva possibilita uma análise da crise organizacional considerando as interpretações dos diversos atores envolvidos na situação. Trata-se de uma análise da crise que considera o pressuposto de construção social da realidade (BERGER e LUCKMANN, 1979). Neste caso, a realidade da crise é socialmente construída a partir de práticas de comunicação entre os participantes (HEARIT e COURTRIGHT, 2003).

Outra contribuição da presente pesquisa se dá a partir da reflexão sobre as relações entre o processo de *sensemaking* e as situações de crise. Ainda que existam diversas pesquisas analisando estas relações (BOUDES e LAROCHE, 2009; ROBERTS *et al.*, 2007; WEICK, 1988, 1990, 1993, 2010), não foram identificadas pesquisas nacionais com este enfoque, nem mesmo, realizadas no campo de estudo em questão: o de uma crise em uma organização hospitalar relacionada a ocorrência de uma pandemia. Além de contribuir para o preenchimento desta lacuna, considera-se que a análise da crise sob uma perspectiva processual (ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b) também possibilitou reflexões significativas sobre as relações entre o processo de *sensemaking* e a crise, inclusive quanto à influência do *sensemaking* no desenvolvimento do processo de crise organizacional (WEICK, 1988, 2010; ROUX-DUFORT, 2007a).

A análise de aspectos referentes à estratégia organizacional durante uma situação de crise também propiciou reflexões que contribuem para o desenvolvimento das pesquisas sobre crise organizacional, principalmente porque a estratégia é considerada neste estudo a partir da perspectiva da Estratégia como Prática (*Strategy-as-Practice*) (WHITTINGTON, 1996, 2006), sendo que não foram encontradas pesquisas sobre crises organizacionais com base nesta perspectiva.

Portanto, a principal contribuição teórica desta pesquisa se dá na realização de uma análise tanto do processo de *sensemaking* quanto do de *strategizing*, e das relações entre ambos, durante um período de crise organizacional, considerando-se que não foram encontradas pesquisas que abordem a interrelação entre estas temáticas.

Tendo em vista a realização de um estudo de caso sobre a experiência do Hospital de Clínicas da UFPR durante a pandemia de Influenza A/H1N1, considera-se que a justificativa prática para a realização desta pesquisa fundamenta-se nas possíveis contribuições para a organização estudada, e indiretamente, para a população que utiliza os serviços prestados pelo

Hospital de Clínicas. Esta contribuição se dá na medida em que os resultados da pesquisa podem auxiliar o HC na análise e compreensão de aspectos relacionados à situação de crise, principalmente quanto à vivência dos atores organizacionais e quanto ao processo de *strategizing* durante a crise. Esta compreensão é relevante, tendo em vista possíveis ocorrências futuras de epidemias, pandemias ou outras situações de crise organizacional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta pesquisa foi construído a partir das temáticas: crise organizacional, *sensemaking* e estratégia como prática, incluindo o processo de *strategizing*. Inicialmente realizou-se uma revisão da cada tema separadamente, sendo que, num segundo momento, foram consideradas algumas relações entre crise organizacional e o processo de *sensemaking*, e entre os processos de *sensemaking* e de *strategizing*.

2.1 CRISE ORGANIZACIONAL

Os primeiros estudos sobre crise, na área da administração, foram realizados no início da década de 1960, sendo observado um número significativo de publicações a partir de meados da década de 1980 (PAUCHANT e DOUVILLE, 1993). As primeiras pesquisas focavam o estudo de desastres naturais, em que era analisado o papel desempenhado pela comunidade e por agências de resposta nestas situações. Com o passar do tempo foram sendo realizadas pesquisas que consideravam a influência de fatores sociais, políticos, tecnológicos e organizacionais no desenvolvimento das situações de crise. Estas pesquisas focalizaram principalmente a análise de acidentes de grandes proporções e catástrofes industriais, como por exemplo, os casos de Bhopal, Chernobyl, Challenger e Exxon Valdez (TURNER, 1976; QUARANTELLI, 1988; PERROW, 1999; PEARSON *et al.*, 2007; ROUX-DUFORT, 2007b; HUTCHINS e WANG, 2008).

Enquanto nas áreas como economia, ciências políticas, história e sociologia há uma consideração legítima dos conceitos de crise, no campo da teoria organizacional as pesquisas sobre crises organizacionais e gestão de crise ainda são tidas como esforços isolados e pouco sistemáticos (PEARSON *et al.*, 2007; ROUX-DUFORT, 2007b). O campo de pesquisa sobre gestão de crise é caracterizado por alguns autores como disperso e com amplo escopo, sendo ainda, marcado por um problema de imprecisão nas definições conceituais (PAUCHANT e DOUVILLE, 1993; PEARSON e CLAIR, 1998; PEARSON *et al.*, 2007; ROUX-DUFORT, 2007b). A amplitude do campo de pesquisa também é demonstrada por Pauchant e Douville (1993) em uma análise de publicações sobre gestão de crise, sendo verificado que as pesquisas tratam de aspectos como: tecnológicos, subjetivos e culturais, estruturais, de estratégia, de comunicação, de crítica social e de gerenciamento de *stakeholders*.

A realização de pesquisas sobre crise organizacional e gestão de crise no contexto brasileiro é ainda mais recente, ainda em fase inicial de desenvolvimento, com poucos estudos e publicações que possuam como foco principal a compreensão das crises organizacionais e sua gestão (SANTANA, 1998; SALINAS, 2001; GALINDO e NOGUEIRA, 2008). No Brasil, a temática da gestão de crises começou a ser abordada principalmente por atores das áreas de relações públicas e comunicação institucional e organizacional (SALINAS, 2001; GALINDO e NOGUEIRA, 2008), sendo priorizado o enfoque de aspectos como a comunicação de riscos (ALVES, 2007; BATISTA, 2007; MELO, 2007) e o papel das relações públicas no gerenciamento da crise (OLIVEIRA, 2007; BARBIZAN *et al.*, 2009).

No campo da administração, dentre as pesquisas e publicações nacionais encontradas que abordam o tema crise organizacional, é possível verificar uma distinção quanto ao foco principal do estudo. Observam-se dois enfoques de pesquisas: primeiro, há um conjunto de pesquisas que abordam os temas “crise” e “crise organizacional” sem que estes sejam os objetos centrais de análise. Nestas pesquisas, a crise é tida como um contexto ou situação organizacional em que outros aspectos são analisados, como por exemplo: processos de mudança organizacional, cultura organizacional, administração de risco, etc. Algumas pesquisas com tais características foram realizadas por Curado (1994), Wood *et al.* (1994), Bandeira-de-Mello e Cunha (2004), Baumgarten *et al.* (2009). Um segundo conjunto de pesquisas teóricas e empíricas considera a crise organizacional e a gestão de crises como objeto principal de análise, sendo abordados conceitos, perspectivas e aspectos relevantes referentes a estes fenômenos. Algumas pesquisas com tais características foram realizadas por Santana (1998, 2000), Salinas (2001), Soares, Carvalho e Rosa (2005), Shinyashiki (2006), Galindo e Nogueira (2008).

A presente pesquisa pode ser enquadrada neste segundo conjunto, considerando que a crise organizacional ocorrida no Hospital de Clínicas da UFPR durante a pandemia de influenza A/H1N1 (2009) foi o objeto de estudo. Foram analisados prioritariamente os seguintes aspectos da crise organizacional: sociais, psicológicos e de comunicação (relacionados ao processo de *sensemaking*), e referentes à estratégia (considerando o processo de *strategizing* durante a crise).

Pode-se observar uma ampla variedade de conceitos, aspectos definidores e perspectivas de análise no campo de pesquisa em crises organizacionais. Mesmo não contemplando toda esta amplitude, são considerados a seguir alguns destes conceitos e perspectivas.

Uma crise organizacional pode ser definida como:

um evento de baixa probabilidade e alto impacto que ameaça a viabilidade da organização e é caracterizado pela ambiguidade de causa, efeito e meios de resolução, bem como pela crença de que decisões precisam ser feitas rapidamente (PEARSON e CLAIR, 1998 p. 60, tradução livre).

A ambiguidade de causas, efeitos e meios de resolução é uma característica relevante da crise organizacional, principalmente por demandar dos atores organizacionais intensas tentativas de construção de sentidos sobre o que está acontecendo na situação de crise. As características de alto impacto e de necessidade de urgência na tomada de decisões também são enfatizadas no conceito de crise organizacional proposto por Pauchant e Douville:

São situações destruidoras que afetam uma organização ou determinado sistema como um todo e desafiam pressupostos básicos anteriormente sustentados; frequentemente elas requerem decisões e ações urgentes e originais, conduzindo potencialmente a uma posterior reestruturação tanto do sistema afetado como dos pressupostos básicos feitos pelos membros do sistema (PAUCHANT e DOUVILLE, 1993 p. 45-46, tradução livre).

A partir destes dois conceitos é possível definir alguns elementos que são considerados neste estudo como essenciais para a caracterização de uma crise organizacional, a saber, que seja uma situação: (i) que cause alto impacto na organização, ameaçando em algum grau sua viabilidade; (ii) com um elevado grau de ambiguidade; (iii) que provoque o questionamento de pressupostos anteriormente sustentados na organização; (iv) que gere a necessidade da realização de ações e decisões com caráter de urgência.

Outro aspecto importante a ser observado refere-se aos tipos de crises organizacionais. Pearson e Clair (1998) apresentam uma série de tipos de crise que podem impactar as organizações, como: aquisições hostis, adulteração de produtos, sabotagem de informações, explosão de plantas industriais, *recall* de produtos, sequestro de executivos, boicote aos produtos/serviços, ameaças de bomba, ataques terroristas, assédio sexual, desastres naturais que destroem bases de informação e/ou matriz da organização, dentre outros. Mitroff e Alpaslan (2003) propõem sete categorias gerais de crises, sendo elas: econômicas, físicas (ex. acidentes industriais, falhas em produtos), de pessoal (ex. greves, violência ou vandalismo no local de trabalho), criminais (ex. adulteração de produtos, atos de terrorismo), de informação (ex. roubo de informações sigilosas), de reputação e relacionadas a desastres naturais. Porém, independentemente do tipo, as crises organizacionais podem ser estudadas a partir de diferentes perspectivas e abordagens. Pearson e Clair (1998) consideram que as crises

organizacionais podem ser analisadas a partir de três principais perspectivas: psicológica, social-política e tecnológica-estrutural.

Segundo Pearson e Clair (1998) as pesquisas realizadas sob a **perspectiva psicológica** se utilizam de teorias cognitivas e psicanalíticas, bem como, de estudos psicológicos sobre o trauma, para sugerir que os indivíduos ocupam um papel importante nas crises organizacionais. As abordagens cognitivas enfatizam que as pessoas possuem capacidades limitadas quanto ao processamento de informações e a tomada de decisão durante a crise. As pesquisas que utilizam bases psicanalíticas abordam como os distúrbios de personalidade, elementos inconscientes, a saúde mental e os mecanismos de defesa dos indivíduos contribuem para o desenvolvimento das crises organizacionais. Pearson e Clair (1998) observam que poucas pesquisas têm abordado a questão da experiência de trauma psicológico nas vítimas de crises organizacionais. Segundo os autores, qualquer indivíduo que acredite que tenha sido traumatizado pela ocorrência da crise pode ser considerado uma vítima. As vítimas podem ser funcionários da organização que tiveram algum dano físico ou psicológico, independentemente da posição hierárquica ocupada, ou pessoas ligadas aos membros da organização. Estes indivíduos podem ser impactados em suas crenças e valores, em sua identidade e emoções, bem como, em suas sensações e julgamentos de controle sobre as coisas em seu dia-a-dia. Os autores ressaltam que estas considerações também são relevantes para os estudos em crises organizacionais já que

as vítimas podem não apenas questionar coletivamente seus pressupostos pessoais sobre si mesmas e sobre o mundo, como também, podem questionar pressupostos culturais, estruturas de relacionamento e a definição de papéis dentro da organização. (PEARSON e CLAIR, 1998, p. 63, tradução livre).

Pode-se observar nestas considerações como há uma interrelação entre aspectos psicológicos e sociais nas situações de crise. Neste sentido, as proposições de Weick (1988) sobre a importância dos processos de *sensemaking* na criação e desenvolvimento das crises também são consideradas como pertencentes às pesquisas de perspectiva psicológica (PEARSON e CLAIR, 1998). As relações entre *sensemaking* e crises organizacionais são abordadas posteriormente no tópico 2.4.1.

Segundo Pearson e Clair (1998) na **perspectiva social-política** as pesquisas enfatizam aspectos da crise relacionados ao colapso nos significados compartilhados, nos processos de legitimação e de institucionalização das relações sociais. Os autores consideram que as proposições de Weick (1993) sobre o colapso na estrutura de papéis e no processo de

sensemaking trazem contribuições nesta perspectiva (o que também será aprofundado posteriormente).

Pearson e Clair (1998, p. 64, tradução livre) afirmam que nesta perspectiva “todas as crises possuem em comum o colapso da construção social da realidade”. Assim, em uma crise organizacional pode ocorrer uma perda de significados compartilhados, crenças e valores (PEARSON e CLAIR, 1998). Estes aspectos considerados na perspectiva social-política estão intimamente relacionados com o foco pretendido nesta pesquisa. As análises da construção de sentidos sobre a crise organizacional serão realizadas sob um enfoque que combina elementos das perspectivas psicológica e social-política.

Na **perspectiva tecnológica-estrutural** as pesquisas enfatizam como o desenvolvimento tecnológico, além de oferecer avanços na produção, contribui para a ocorrência em potencial de grandes destruições. Um estudo fundamental nesta perspectiva é o realizado por Perrow (1999). Este autor destaca como o alto potencial para ocorrência de crises é uma característica inerente das tecnologias de alto risco, como por exemplo, plantas de energia nuclear e refinarias químicas.

Assim, seguindo esta classificação, a presente pesquisa analisou a crise considerando aspectos tanto da perspectiva psicológica quanto da social-política (PEARSON e CLAIR, 1998).

Tendo em vista estas principais perspectivas de análise, bem como as definições e tipologias anteriormente apresentadas, são realizadas algumas considerações sobre dois modos de se abordar e compreender as crises organizacionais, conforme proposto no tópico seguinte.

2.1.1 Crises Organizacionais: abordagem centrada no evento e abordagem processual

Segundo Pearson *et al.* (2007), como a grande maioria das pesquisas sobre crise organizacional foi realizada sob a análise de acidentes industriais e desastres naturais, ocorreu uma acentuação do caráter de excepcionalidade das crises. Para os autores, a gestão de crise se tornou uma “ciência do excepcional” ao focalizar prioritariamente a ocorrência de eventos raros ao invés de analisar os processos pelo qual a normalidade se torna anormal. Roux-Dufort (2007b p.107) considera que “a natureza excepcional de algumas crises deixa a impressão de uma mudança abrupta de uma situação normal para uma situação de crise. As crises são então definidas como súbitas, inesperadas, surpreendentes e imprevisíveis”. Roux-Dufort (2007b) reconhece que estas são características importantes da crise, porém, propõe

que seja dada mais atenção à análise dos processos de transição entre a normalidade e a crise em sua fase aguda.

As práticas de gestão de crise e a compreensão das crises organizacionais são amplamente baseadas em uma “abordagem centrada no evento”. Nesta abordagem, a crise é o resultado de um evento bem definido no tempo e no espaço, denominado de “evento desencadeador” (*triggering event*). Este evento desencadeador é o ponto de referência para a identificação da crise, é ele que torna a crise visível (SHRIVASTAVA *et al.*, 1988; ROUX-DUFORT, 2007b). Segundo Roux-Dufort (2007b), tendo em vista a centralidade e importância do evento desencadeador enquanto revelador da crise, muitos pesquisadores e gestores confundem este evento com a crise em si.

Roux-Dufort (2007a, 2007b, 2009) enfatiza a necessidade de uma mudança no modo de se compreender as crises organizacionais, ressaltando a importância da realização de pesquisas que adotem uma visão processual da crise. Trata-se de uma mudança na forma de conceber e visualizar a crise, passando de uma visão da crise como um evento para uma de crise como um processo. Assim, serão realizadas algumas caracterizações e distinções entre ambas abordagens.

Primeiramente, o evento desencadeador, fundamental numa visão de crise centrada no evento, não perde sua relevância na perspectiva processual. Segundo Roux-Dufort (2007a, 2009), na visão processual considera-se a ocorrência de um evento desencadeador como antecedente da fase aguda da crise, mas a crise em si não é vista como sendo apenas este evento, ela é considerada como um processo em que uma das fases, a mais crítica, se dá na ocorrência da ruptura gerada pelo evento desencadeador. Um aspecto central nesta comparação entre a abordagem processual e a centrada no evento refere-se a discussão sobre o status e o local do evento desencadeador. Em uma perspectiva centrada no evento, o evento desencadeador é visto como o ponto inicial da crise, numa visão processual ele é analisado principalmente como o ponto final de um longo processo de desestabilização que estava ocorrendo no sistema e/ou na organização (ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b). Ainda com relação ao modo de considerar o evento desencadeador em ambas abordagens, Roux-Dufort considera que:

a abordagem processual da crise proporciona outra perspectiva que nos conduz a ver o evento desencadeador como um fator que revela uma preexistente dinâmica da crise. Em outras palavras, o que a abordagem centrada no evento considera como a crise (ou seja, o evento desencadeador), a abordagem processual vê apenas como o amplificador de

um processo que começou muito antes. Portanto a crise se torna mais intensa e visível (ROUX-DUFORT, 2007a, p. 228, tradução livre).

Mesmo diante destas diferenças, Roux-Dufort (2007b) propõe que a compreensão de uma crise organizacional se dê pela complementação da perspectiva processual à perspectiva centrada no evento, ambas devem ser consideradas, sem que haja a exclusividade de uma ou outra. Como colocado pelo autor:

nós combinamos a abordagem centrada no evento, na qual o evento desencadeador é visto como um ponto de partida, e a abordagem processual na qual o evento é considerado como um ponto de chegada de um processo desestabilizador que foi ignorado até então (ROUX-DUFORT, 2007b, p. 109, tradução livre).

Tais considerações remetem a uma discussão sobre a questão da temporalidade do evento desencadeador. Segundo Jullien (2001, *apud* Roux-Dufort, 2007b) a noção de evento esta intrinsecamente relacionada à noção de tempo. Para este autor um evento tem essencialmente duas características: primeiro, não pode ocorrer todo tempo ou frequentemente, mantendo assim o aspecto de “excepcional”, característico da abordagem de gestão de crises centrada no evento; e segundo, é uma linha divisória entre o passado e o futuro, articulando os dois períodos em um horizonte temporal mais amplo. Assim sendo, Roux-Dufort (2007b p.109) afirma que “estes dois lados do evento levam-nos a conceituar a crise tanto como uma situação excepcional quanto como um processo evolucionário”. O evento é singular, excepcional, de natureza acidental, ele marca uma ruptura no curso normal das coisas provocando a sensação de que elas não voltarão a ser como eram antes, ele impõe um antes e um depois (ROUX-DUFORT, 2007b).

A crise organizacional considerada sob um ponto de vista processual, como apresentado por Roux-Dufort (2007a, 2007b, 2009), não é algo recente na literatura. Seus fundamentos podem ser encontrados em alguns trabalhos como Turner (1976), Fink (1986) e Shrivastava *et al.* (1988), Pauchant e Mitroff (1992 *apud* ROUX-DUFORT, 2009).

Um aspecto essencial na perspectiva processual da crise organizacional é o olhar para os momentos e contextos que antecedem a ocorrência do evento desencadeador e da fase aguda da crise. Há a compreensão de que existe um longo período de incubação que antecede o evento desencadeador da crise (TURNER, 1976; ROUX-DUFORT, 2007a, 2009). Turner (1976) utiliza o termo eventos precipitadores, transmitindo a ideia de que outros eventos anteriores ao evento desencadeador também interferem na ocorrência da crise. Segundo o autor, este período de incubação é caracterizado por uma corrente de eventos discrepantes que

se desenvolve e se acumula sem que sejam percebidos e/ou compreendidos pelos atores envolvidos. Estes eventos podem ser agrupados em duas categorias; ou eles não são conhecidos por ninguém, ou são conhecidos, mas não são totalmente compreendidos, já que suas características e propriedades não são consideradas do mesmo modo como o serão após a crise (TURNER, 1976).

Neste sentido, Turner (1976) realiza uma reflexão sobre o processo pelo qual as falhas organizacionais se desenvolvem e sobre as condições nas quais as organizações produzem erros de percepção e julgamento que as conduzem a consequências desastrosas. Os eventos discrepantes referentes ao período de incubação começam a se acumular porque não são notados ou são incompreendidos em decorrência de suposições erradas. Enfim, segundo o autor, na maioria dos casos de eventos catastróficos ou indesejados alguma advertência já estava potencialmente disponível (TURNER, 1976).

Fink (1986) também apresenta alguns elementos que contribuem para uma compreensão da crise numa perspectiva processual. Com um intuito ilustrativo, o autor propõe que a crise pode ser vista como uma doença. Neste sentido, o autor afirma que uma crise é composta de quatro fases: a fase prodrômica¹; a fase aguda da crise; a fase crônica e por fim a fase de resolução. O período de desenvolvimento destas fases varia em cada crise. Em algumas crises todas as fases podem ocorrer num curto período de tempo, e em outras, podem se estender por um longo período. O autor enfatiza que não se tratam de fases rígidas e extremamente bem delimitadas, e que como em uma doença, a crise é uma situação dinâmica, instável, onde as coisas estão num estado de fluxo constante (FINK, 1986). Neste sentido, Roux-Dufort (2007b) também ressalta que na perspectiva da crise como um processo os autores consideram fases de desenvolvimento. Segundo o autor, “os adeptos desta abordagem defendem a ideia de que a crise se desenvolve em fases: sinais de alerta, fase aguda, amplificação e resolução” (ROUX-DUFORT, 2007b, p. 109, tradução livre). É possível observar como estas fases apresentam semelhança com aquelas propostas por Fink (1986).

É interessante considerar ainda as semelhanças entre o período de incubação antecedente ao evento desencadeador (TURNER, 1976; ROUX-DUFORT, 2007a, 2009) com a fase prodrômica conforme descrito por Fink (1986). Ambas referem-se a situações e eventos que são antecedentes ao evento desencadeador e a fase aguda da crise. Fink (1986) considera a fase prodrômica como período em que alguns sinais de alerta quanto a uma possível crise já podem ser percebidos. Segundo o autor, um pródromo pode ser de difícil ou fácil

¹ O autor empresta o termo “pródromo” da medicina, onde significa o sintoma precursor de uma doença.

identificação, sendo que, mesmo nas situações em que ele é evidente, muitas vezes não são realizadas ações a seu respeito e a fase aguda da crise acaba ocorrendo. Fink (1986) ressalta a importância da identificação dos pródomos e sinais de alerta para as iniciativas de gestão de crise, já que, segundo o autor, é muito mais fácil gerenciar a crise nesta fase do que, após a fase aguda, realizar tentativas de contenção dos danos.

Roux-Dufort (2007a, p. 228, tradução livre) considera que “as crises devem ser definidas por três dimensões: um processo de acumulação de imperfeições, um processo de acumulação de ignorância gerencial², e um evento desencadeador”. Portanto, uma compreensão processual da crise organizacional se dá com base em dois processos que ocorrem nas organizações e que favorecem o desenvolvimento da crise: primeiro, o acúmulo gradual e a incubação de imperfeições organizacionais, e segundo, o desenvolvimento de uma crescente ignorância que mantém os gestores “cegos” quanto à ocorrência destas imperfeições (ROUX-DUFORT, 2009). Roux-Dufort (2009, p. 5, tradução livre) afirma que “a ideia central é demonstrar que se permite que as imperfeições organizacionais cresçam e se tornem vulnerabilidades porque elas não são notadas ou levadas em consideração”.

As imperfeições organizacionais são definidas como “anomalias, erros, discrepâncias, negligências, deficiências e lacunas (buracos) produzidos pela organização” (ROUX-DUFORT, 2007a, p. 229, tradução livre). Esta definição está de acordo com a proposição do autor de que as organizações são entidades imperfeitas que produzem um fluxo contínuo de disfunções. Neste sentido, Perrow (1999) considera que não existem sistemas perfeitos, e que, portanto, as organizações não são perfeitas, estão sujeitas a ocorrência de uma série de falhas. Segundo Perrow (1999) a situação é considerada como séria e preocupante quando ocorrem interações entre estas falhas; sendo que os acidentes que ocorrem na organização podem ser vistos como o resultado da interação de múltiplas falhas. Segundo Roux-Dufort (2007a) o acúmulo destas imperfeições organizacionais vai sendo sinalizado por meio de incidentes, desvios e quase-acidentes que podem ser interpretados como sintomas do desenvolvimento de uma crise, assim como os sintomas da fase prodrômica da crise como proposto por Fink (1986).

Roux-Dufort (2007a, 2009) propõe que estas imperfeições organizacionais sejam agrupadas em quatro categorias conforme uma distinção de graus hipotéticos de imperfeição, são elas: anomalias, vulnerabilidades, rupturas e crises. Um dos critérios para esta distinção refere-se ao nível de visibilidade destas imperfeições frente aos gestores, onde, as anomalias

² Tradução livre de “*managerial ignorance*”. O termo ignorância é entendido como: (i) o estado de quem ignora algo, (ii) a falta de compreensão sobre determinado aspecto.

são menos visíveis que as vulnerabilidades, e estas, por sua vez, menos visíveis que as rupturas e crises (ROUX-DUFORT, 2007a).

As anomalias são entendidas como imperfeições organizacionais que causam ameaças imediatas à organização ou parte dela. Podem ser consideradas como atos de negligência e erros, que muitas vezes, são tidos como normais e aceitáveis no andamento dos processos organizacionais (ROUX-DUFORT, 2007a).

As vulnerabilidades já são tidas como um segundo estágio do desenvolvimento das imperfeições organizacionais, sendo produzidas pelo acúmulo e combinação de anomalias organizacionais que não foram gerenciadas, ou que foram gerenciadas de modo inadequado (ROUX-DUFORT, 2007a). Diante das vulnerabilidades é bem mais provável que os gestores tenham ao menos algum nível de consciência sobre tais imperfeições organizacionais. Já se pode verificar um contexto organizacional bem mais propenso à ocorrência de rupturas. Enquanto vulnerabilidade entende-se que as imperfeições organizacionais ainda se encontram sob certo nível de controle por parte dos gestores. Estas vulnerabilidades também podem agir como fatores que amplificam e agravam os impactos e estragos causados no momento de ruptura da crise (ROUX-DUFORT, 2007a, 2009).

As rupturas/interrupções ocorrem quando as vulnerabilidades atingem um nível de saturação. Segundo Roux-Dufort (2007a, p. 232) a “ruptura esta relacionada à noção de falha final e evento desencadeador”. Neste estágio os indivíduos da organização já não possuem condições de exercer algum controle sobre as imperfeições, segundo Roux-Dufort (2007a) trata-se de situação irrevogável, sem retorno. A ocorrência desta ruptura, ou evento desencadeador, não pode ser atribuída a um ou outro fator em específico, trata-se de uma situação complexa em que uma série de fatores contribuiu para o acontecimento desta interrupção. É este evento desencadeador que posteriormente será tido como o ponto de referência para a identificação da crise (SHRIVASTAVA *et al.*, 1988). Segundo Roux-Dufort (2007a) estas rupturas caracterizam-se como eventos inesperados que são provenientes tanto de dentro da organização como de fora, e que, subitamente precipitam a organização para uma crise.

As crises, por fim, são o último grau das imperfeições organizacionais, e revelam uma série de falhas internas latentes na organização. Roux-Dufort (2007a) descreve que uma característica desta situação de crise é a de que os eventos ocorridos transpassam os muros da organização, chamando a atenção da mídia. Ou seja, trata-se de uma situação em que as vulnerabilidades internas da organização se tornam subitamente visíveis para os *stakeholders*

externos. Aspectos referentes à gestão e a reputação da organização são questionados pelos diversos *stakeholders* (ROUX-DUFORT, 2007a, 2009).

Apesar de adotar uma visão processual da crise organizacional, o autor denomina este último grau das imperfeições como sendo o momento de “crise”. A denominação deste momento em específico como “crise” não implica numa negação da visão processual, mas enfatiza que na maioria das vezes é apenas neste momento, logo após a ruptura, que a situação enfrentada pela organização é caracterizada e efetivamente reconhecida como uma crise. Como considerado por Roux-Dufort (2007a), é a partir da ruptura que o processo de crise organizacional se torna amplamente explícito e visível, ou seja, é a partir daí que as pessoas usualmente consideram que a organização está em crise, embora ela já esteja em um processo de crise há mais tempo.

Pode-se perceber como esta proposição de Roux-Dufort (2007a, 2009) com relação às imperfeições organizacionais remete a uma compreensão de processos de crise que se desenvolvem prioritariamente no contexto interno das organizações. O processo de acúmulo destas imperfeições organizacionais remete prioritariamente a problemas e falhas nos processos organizacionais. Neste sentido, tais imperfeições, se não forem levadas em consideração pelos gestores, podem se acumular e gerar maiores graus de imperfeição. Segundo o autor, “as imperfeições organizacionais sustentam a ideia de que as organizações são entidades imperfeitas que produzem um fluxo contínuo de disfunções” (ROUX-DUFORT, 2007a, p. 229, tradução livre). Portanto, considera-se que as proposições teóricas deste autor estão voltadas mais especificamente para crises que ocorrem em nível organizacional, inclusive no sentido de propor uma análise de causalidade entre as imperfeições organizacionais e o desenvolvimento da crise.

É importante ressaltar que, ainda que a presente pesquisa adote como base uma perspectiva processual conforme as proposições de Roux-Dufort (2007a, 2007b, 2009), não se propõe o desenvolvimento de um raciocínio que estabeleça uma relação direta de causa e efeito entre as imperfeições da organização estudada com a ruptura da crise. Ou seja, considerando que este estudo analisa uma crise relacionada à ocorrência da pandemia de influenza A, que como o próprio nome indica é um fenômeno de grande amplitude, para além da organização, não se considerou aqui que o processo de crise seja resultante de um acúmulo de imperfeições organizacionais do Hospital de Clínicas, mas sim de um conjunto complexo de fatores, inclusive o desenvolvimento da própria doença. Assim, neste caso os eventos antecedentes foram considerados de outro modo, não como imperfeições organizacionais, mas

sim como eventos e situações anteriores a ruptura da crise que de algum modo remeteram a pandemia de influenza A/H1N1, sem que no entanto, fossem considerados necessariamente como causas de sua ocorrência.

Ainda com relação ao processo de desenvolvimento da crise organizacional é fundamental a consideração da ignorância gerencial (ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b, 2009). Para Roux-Dufort (2007a, 2009) este é um aspecto essencial no desenvolvimento da crise organizacional, principalmente, porque é justamente esta ignorância ou desconsideração com relação aos sinais de imperfeição organizacional que permite o acúmulo destes, e consequentemente, o desenvolvimento do processo de crise. Roux-Dufort (2009) afirma que a ignorância é o resultado da diferença entre a complexidade das situações a capacidade que as pessoas possuem de retenção de fatores referentes a esta complexidade.

Segundo Roux-Dufort (2007a, 2007b) a ignorância gerencial também pode ser compreendida a partir de perspectivas psicodinâmicas em que são considerados os mecanismos de defesa utilizados pelas pessoas, como por exemplo, de racionalização e de negação. Os mecanismos de defesa mobilizados em contextos de crise organizacional também são abordados por outros autores, como, Mitroff *et al.* (1989), Dejours (1993), Pearson e Clair (1998), e Mitroff (2007).

Mitroff *et al.* (1989) destacam como que os executivos se utilizam de mecanismos de defesa frente a ansiedade e o medo gerados diante da possibilidade de ocorrência de crises em suas organizações. Neste sentido, Mitroff *et al.* (1989) também apresentam uma série de mecanismos de defesa identificados em sua pesquisa, como por exemplo, negação, fixação, grandiosidade e sentimentos de onipotência, projeção, intelectualização, dentre outros.

A normalização, ou seja, tratar erros e falhas como aspectos normais, é o processo mais relacionado às fases iniciais de anomalia e vulnerabilidade. Também é associada a processos de racionalização, que pode ser entendida como uma tentativa das pessoas de darem explicações a determinados eventos ou situações que sejam favoráveis a elas, como por exemplo, considerarem que os bons resultados obtidos são decorrentes de seu esforço. A normalização e a racionalização podem ocorrer com mais facilidade em contextos e situações em que as pessoas continuamente se deparam com sinais e alertas de falhas ou perigos que não podem ser facilmente corrigidos (ROUX-DUFORT, 2007a; WEICK, 2010).

Um exemplo de normalização é dado por Weick (2005) no caso da circulação de um novo vírus, denominado *West Nile*, na cidade de Nova Iorque em 1999. O Centro para Controle de Doenças (*Centers for Disease Control - CDC*) dos Estados Unidos foi chamado

para ajudar no diagnóstico de um grupo de pacientes que estava apresentando sintomas não usuais. A partir do resultado de análises laboratoriais o CDC tornou público que se tratava de uma doença causada por um surto de um mosquito de determinada espécie. Porém, após um tempo, vários médicos, veterinários e especialistas começaram a contestar este diagnóstico já que haviam verificado que diversas aves tinham morrido no mesmo período, sendo que, a doença decorrente da picada deste mosquito não provocava a morte de animais. Weick (2005) demonstra como as pessoas, neste caso os representantes do CDC, diante de uma situação inesperada e nova, tendem a selecionar e interpretar sinais que conduzam a uma normalização da situação, como no caso, ao diagnóstico de uma doença já conhecida, e não a hipótese de um novo vírus, posteriormente reconhecido.

A negação também ocorre com relação às diversas imperfeições organizacionais, mais especificamente quanto às vulnerabilidades e o momento de ruptura. Trata-se de uma negação por parte dos gestores e demais atores organizacionais de eventos e situações que demonstrem condição de vulnerabilidade e perigo. Por exemplo, os gestores podem negar que determinadas situações de vulnerabilidade e ruptura estejam relacionadas às suas atividades e ao seu trabalho, atribuindo-lhe causas externas ou aleatórias (ROUX-DUFORT, 2007a).

Estes conceitos e proposições apresentados por Roux-Dufort (2007a, 2007b, 2009) com relação ao processo de crise organizacional são utilizados como referência para a análise da crise estudada nesta pesquisa. Como demonstrado nos tópicos seguintes, esta escolha é coerente com as demais categorias de análise consideradas na pesquisa, principalmente porque tanto o *sensemaking* (WEICK, 1995), quando o *strategizing* (WHITTINGTON, 2006; JARZABKOWSKI, 2005) também são compreendidos sob um enfoque processual.

2.2 O PROCESSO DE SENSEMAKING

O *sensemaking* se refere ao modo pelo qual as pessoas constroem sentidos plausíveis para as experiências e situações que elas vivenciaram, bem como, para as ações e atividades que realizaram (WEICK, 1995; WEICK *et al.*, 2005). Segundo Weick *et al.* (2005, p. 409, tradução livre) o “*sensemaking* supõe um desenvolvimento contínuo e retrospectivo de imagens plausíveis que torna racional o que as pessoas estão fazendo”. A construção de sentidos (*sensemaking*) é um processo contínuo, social, sutil, retrospectivo e baseado na plausibilidade (WEICK, 1995).

No *sensemaking* ocorrem processos de percepção, categorização e rotulação de determinados sinais “extraídos” de um fluxo de experiências (WEICK, 1995, 2006; WEICK *et al.*, 2005). Starbuck e Milliken (1988, *apud* WEICK, 1995) ressaltam o aspecto de categorização e rotulação ao afirmar que o *sensemaking* implica na colocação de estímulos em algum tipo de quadro de referência. Assim, o *sensemaking* também se constitui enquanto um mecanismo útil na criação de ordem dentro de um fluxo de experiências e informações, sem que haja, porém, uma garantia quanto à manutenção desta ordem (WEICK, 1995, 2006). As pessoas se envolvem continuamente em diversas circunstâncias e situações das quais extraem sinais que servirão como base para a construção de sentidos. Assim, Weick (1995) afirma que as situações humanas vão sendo progressivamente esclarecidas através dos processos de *sensemaking*. Cria-se, por meio da construção de sentidos, uma ordem neste fluxo contínuo de circunstâncias e experiências vivenciadas (WEICK *et al.*, 2005).

Weick (1995) resalta que o *sensemaking* é diferente da interpretação, usualmente utilizada como sinônimo no mesmo. Segundo o autor “a distinção chave é que o *sensemaking* é sobre o modo como as pessoas geram o que elas interpretam” (WEICK, 1995, p. 13, tradução livre). A interpretação se dá em relação a determinados sinais percebidos no ambiente de forma que se possa obter uma compreensão dos mesmos. O processo de *sensemaking* é mais abrangente do que o de interpretação, ele também leva em consideração a questão da “escolha” ou “criação” dos sinais que serão interpretados, ou seja, trata-se de um questionamento sobre como sinais específicos se destacam dos demais em um fluxo contínuo de experiências para então serem interpretados. Portanto, a interpretação pode ser vista como um componente do processo de *sensemaking*, e não como um sinônimo deste (WEICK, 1995).

Outra distinção apresentada por Weick (1995) é a de que a interpretação está mais relacionada à descoberta, enquanto que, o *sensemaking* está mais próximo da invenção. O ato de interpretar implica que algo esteja dado no mundo, aguardando ser descoberto, como por exemplo, um texto a espera de interpretações (WEICK, 1995). Ao se considerar apenas a interpretação parte-se da suposição de que as pessoas precisam apenas observar o ambiente e interpretar os sinais que já estão dados. Weick (1995, p. 13, tradução livre) afirma que o “conceito de *sensemaking* enfatiza a ação, a atividade, e a criação que estabelece os traços que são interpretados e reinterpretados”. O *sensemaking* é mais sobre ação e invenção do que descoberta e apenas interpretação. As pessoas envolvidas no processo de *sensemaking* têm um

papel central na criação dos sinais sob os quais construirão um sentido (WEICK, 1995; WEICK *et al.*, 2005).

Os processos de *sensemaking* basicamente são dirigidos por crenças e por ações. Segundo Weick, (1995) quando o *sensemaking* é dirigido por crenças ele pode assumir a forma de argumentação ou de expectativas, quando é dirigido por ações pode assumir as formas de comprometimento e de manipulação.

As crenças interferem no modo como as pessoas percebem as coisas. Segundo Weick (1995) o modo como se crê em algo interfere no modo como se vê algo, ou seja, em termos de *sensemaking* “crer é perceber seletivamente” (WEICK, 1995, p. 133). A orientação que as crenças exercem sobre o processo de *sensemaking* pode ocorrer em situações de discussão e argumentação. Pode haver uma grande variedade de crenças entre as pessoas, sendo que, em momentos de discussão/argumentação ocorrem interações entre as pessoas que possibilitam a redução desta grande variedade para algumas crenças, que serão tidas como relevantes pelos atores envolvidos.

As crenças também estão incorporadas nas expectativas que guiam as interpretações que as pessoas fazem sobre as situações e eventos que vivenciam. No entanto, além das crenças, como já enfatizado anteriormente, as ações das pessoas, aquilo que elas fazem, têm uma forte influência nos processos de construção de sentidos que realizam (WEICK, 1995).

Por fim, são importantes algumas considerações sobre ocasiões que provocam uma intensificação do processo de construção de sentidos. Weick (1995) considera que a busca pela construção de sentidos se dá, prioritariamente, em ocasiões onde as pessoas vivenciam algum tipo de choque, seja este uma necessidade, oportunidade ou ameaça. Estes choques causam de algum modo uma interrupção no fluxo de experiências e ações realizadas pelas pessoas.

Segundo Weick (1995), nas organizações há dois tipos mais comuns de ocasiões para o *sensemaking*, as ocasiões de ambiguidade e de incerteza. A ambiguidade esta relacionada à possibilidade de se considerar diferentes interpretações ao mesmo tempo (WEICK, 1995). Segundo March (1994, *apud* WEICK, 1995, p. 92, tradução livre) a ambigüidade remete a “lapsos de clareza ou consistência na realidade, na causalidade ou intencionalidade. Situações ambíguas são situações que não podem ser precisamente codificadas em categorias mutuamente exaustivas e exclusivas”. Assim, Weick (1995) considera que a combinação entre a falta de clareza e as múltiplas interpretações produz um choque que demanda o *sensemaking*. No caso da incerteza, Weick (1995) considera que o choque está mais

relacionado à questão da ignorância. Segundo March (1994, *apud* WEICK, 1995) a incerteza remete a incapacidade de estipular futuras conseqüências para as ações realizadas no presente. A incerteza geralmente está associada às seguintes situações: quando as pessoas não compreendem como os componentes do ambiente estão mudando; ou o impacto das mudanças ambientais na organização; ou com relação às opções de respostas que estão disponíveis a elas (WEICK, 1995).

Segundo Starbuck e Milliken (1988, *apud* WEICK, 1995, p. 100, tradução livre) uma ocasião que intensifica o *sensemaking* consiste de “eventos incongruentes, eventos que violam os quadros de referência perceptivos”. Estes eventos incongruentes podem estar relacionados a interrupções no fluxo de experiências do sujeito. Esta interrupção pode ocorrer basicamente de dois modos: a ocorrência de um novo evento não esperado, ou seja, um evento que não se enquadra na interpretação contínua do ambiente; e segundo, quando um evento esperado não ocorre (MANDLER, 1984, *apud* WEICK, 1995).

Portanto, as ocasiões que propiciam uma intensificação do *sensemaking* são aquelas relacionadas a interrupções, choques, ambiguidades e incertezas (WEICK, 1995).

Além das definições consideradas até então, serão apresentadas a seguir algumas características fundamentais do *sensemaking*.

2.2.1 Propriedades do *sensemaking*

Weick (1995) considera que o *sensemaking* é um processo que pode ser melhor entendido a partir de sete características denominadas de propriedades do *sensemaking*; são elas: (1) baseado na construção da identidade, (2) retrospectivo, (3) criado em ambientes sensatos, (4) social, (5) contínuo, (6) focado em e por sinais extraídos, e (7) guiado pela plausibilidade em vez de pela precisão. Tendo em vista a relevância de cada propriedade para a compreensão do processo de *sensemaking*, apresenta-se os principais aspectos de cada uma conforme proposto por Weick (1995).

Trata-se de um processo **baseado na construção da identidade** por que a criação de sentido começa com um “criador de sentido”. Apesar da tendência, a ênfase não deve ser dada ao indivíduo como “o” criador de sentido, já que se trata de um processo social e a construção da identidade também se dá em interações sociais (WEICK, 1995). O aspecto central aqui é que o processo de *sensemaking* é constituído conforme a identidade das pessoas envolvidas. Assim como a identidade é construída a partir das situações vivenciadas pelo sujeito, ou seja,

é socialmente construída, a influência no sentido contrário também ocorre, sendo as situações e a realidade construídas com base na identidade das pessoas. Esta relação fica clara nas palavras de Weick (1995, p. 20, tradução livre) quando afirma que “dependendo de quem eu sou, minha definição do que é ‘lá fora’ também irá mudar”. O modo como as pessoas se relacionam com as situações e experiências do dia-a-dia, seja em suas ações, pensamentos, criação/seleção de sinais, está intimamente relacionado à identidade delas, a como elas se enxergam e se definem em determinados contextos sociais. Segundo Weick,

o que a situação significa é definido por quem eu me torno lidando com ela, ou quem eu represento. Eu obtendo sinais sobre o que a situação significa do ‘eu’ que se sente mais apropriado a lidar com ela, e muito menos do que o que está acontecendo lá fora (WEICK, 1995 p. 24, tradução livre).

Segundo as considerações de Weick a identidade é um fator de extrema relevância no processo de construção do sentido, ela está intimamente relacionada aos significados que serão atribuídos as situações vivenciadas. O modo como nós nos consideramos e nos vemos enquanto atores organizacionais molda o que nós captamos das experiências, e o como as interpretamos (WEICK *et al.*, 2005).

O processo de *sensemaking* é **retrospectivo**. Esta característica do *sensemaking* remete ao fato de que a construção de sentido se dá com base naquilo que já foi vivenciado. Para Weick (1995, p. 25, tradução livre) “a criação do significado é um processo de atenção, mas é uma atenção ao que já ocorreu”. Determinada ação, por exemplo, só pode se tornar objeto de atenção depois de ter sido realizada. Segundo Schutz (1967, *apud* WEICK, 1995) o significado de uma experiência vivida sofre modificações conforme a atenção que é dada a esta experiência, ou seja, o significado não está diretamente anexado à experiência vivida, ele se dá conforme o direcionamento da atenção do ator aquilo que ele vivenciou, aquilo que ocorreu (WEICK, 1973, 1995).

O *sensemaking* é **criado na ação**. Weick afirma que utiliza o termo *enactment*, que pode ser traduzido como “criação na ação”, porque este preserva a idéia de que “o ator humano não *reage* ao ambiente, mas *cria* o ambiente” (WEICK, 1973 p. 64, grifos do autor), ou seja, as “pessoas frequentemente produzem parte do ambiente que enfrentam” (WEICK, 1995, p. 30, tradução livre). Ao explicar esta propriedade o autor cita o exemplo da ação dos legisladores. Eles constroem realidades através de atos autoritários. Os legisladores criam uma realidade no ato de promulgar uma nova lei, eles configuram, rotulam e criam novas categorias para determinadas características do ambiente. Para Weick (1995) as pessoas criam seus ambientes, e estes, restringem e interferem em suas ações. Segundo o autor:

não há um ambiente monolítico, singular e fixo que existe de modo externo e independente das pessoas. As pessoas são parte de seus próprios ambientes. Elas agem, e assim, criam os materiais que serão as próprias restrições e oportunidades que enfrentam. (WEICK, 1995, p. 31, tradução livre).

Nesta perspectiva as pessoas não estão em uma posição reativa diante do ambiente, elas são ativas na criação do mesmo. Por fim, esta propriedade reforça o fato de que a ação é crucial para o *sensemaking* (WEICK, 1995).

Outra propriedade do *sensemaking* é de que se trata de um processo **social**. Walsh e Ungson (1991, *apud* WEICK, 1995) consideram que a organização é uma rede de significados compartilhados que se sustentam por uma linguagem comum e pela interação social do dia-a-dia. Para Weick (1995) o contato social é mediado pela fala, por discursos e conversas, sendo estes, focos importantes na análise do processo de construção de sentido. O *sensemaking* deve ser apreendido em um contexto social, que oferece suporte e validação a determinados sentidos. Há assim, uma relação entre mudanças no contexto social e nos sentidos construídos. O *sensemaking* é social porque é influenciado pela presença dos outros atores que compõem o contexto social (WEICK, 2001). Enfim, o *sensemaking* é definido como uma atividade social (WEICK, 1995).

O processo de *sensemaking* é **contínuo**, está sempre em movimento. Segundo Weick (1995, p. 43, tradução livre) “compreender o *sensemaking* é estar sensível aos modos pelos quais as pessoas recortam momentos de fluxos contínuos e deles extraem sinais”. Assim, o *sensemaking* possui esta característica porque a própria experiência é entendida como um fluxo contínuo (WEICK, 2001). O autor afirma que “falar sobre o *sensemaking* é falar sobre a realidade como uma realização contínua que toma forma quando as pessoas retrospectivamente constroem um sentido para as situações” (WEICK, 1995, p. 15, tradução livre). Weick (1995) afirma que as pessoas, em meio a estes fluxos de experiências, encontram-se envolvidas em diversos projetos. Segundo o autor, elas irão ver no mundo aqueles aspectos que sustentam os projetos nos quais elas estão envolvidas em determinado momento, dando pouca atenção aos demais elementos do fluxo de experiências em que estão inseridas.

Tais considerações sobre os fluxos contínuos de experiências também se aplicam no contexto mais específico das organizações. As práticas de gestão em uma organização, por exemplo, podem ser compreendidas como fluxos de atividades e situações. A própria compreensão de Weick sobre o que é uma organização também é marcada por esta característica de movimento contínuo, visto que o autor prefere a utilização do termo

organizing, que remete a idéia de fluxo e dinamismo, do que *organization* (WEICK, 1979, 1995). O *organizing* será abordado com mais detalhes no tópico seguinte.

Segundo Weick (1995), esta realidade de fluxos de experiências que compõem o dia-a-dia das pessoas se torna mais aparente e perceptível quando o fluxo é interrompido, ou ainda, quando os projetos são interrompidos. Estas interrupções estão associadas a mudanças importantes no ambiente, sendo compreendidas também como interrupções das expectativas das pessoas com relação a determinados projetos (WEICK, 1995).

Em sua sexta propriedade, o *sensemaking* é um processo **focado em sinais extraídos**. Esta propriedade já foi comentada anteriormente quando se considerou que a compreensão do *sensemaking* está relacionada ao modo como as pessoas selecionam os sinais do ambiente que serão alvo de interpretação, ou seja, os sentidos construídos estão diretamente relacionados aos sinais que foram selecionados pelos indivíduos (WEICK, 1995). Um elemento chave para compreensão desta propriedade do *sensemaking* é o contexto em que ele ocorre. A interferência do contexto no processo de construção de sentidos ocorre de dois modos: primeiro, o contexto afeta no entendimento sobre o que é considerado como um sinal, sobre “em que” se presta atenção, sobre o que é levado em consideração; segundo, o contexto interfere no modo como os sinais extraídos serão interpretados (WEICK, 1995).

Alguns exemplos desta influência do contexto podem ser encontrados em situações que ocorrem nas organizações. Por exemplo, os trabalhadores localizados em diferentes setores de uma organização, cada qual com sua especialidade e domínio, podem apresentar interpretações diferentes sobre um mesmo evento. O contexto em termos de posição hierárquica na organização também é um exemplo no qual pessoas de posições distintas extraem sinais diferentes de uma mesma situação (WEICK, 1995). Complementando tais considerações, Smircich e Morgan (1982, *apud* WEICK, 1995) consideram que em determinado contexto o controle sobre quais sinais devem receber atenção e serem tidos como pontos de referência para interpretação é uma importante fonte de poder.

Por fim, o *sensemaking* é dirigido mais pela **plausibilidade** do que pela precisão. Para Weick (1995) o critério da precisão é tido como secundário no processo de *sensemaking*, não é essencial. As percepções das pessoas sobre o ambiente não são sempre precisas. Aliás, segundo Weick (1995), diante da variedade enorme de sinais que podem ser extraídos, e da multiplicidade de significados que podem ser atribuídos aos mesmos, a exigência de precisão soa como uma intenção condenável. Weick (1995, p. 58, tradução livre) afirma que “o critério da precisão faz mais sentido quando os pesquisadores estudam a percepção de objetos ao

invés da percepção inter-pessoal”. Pois bem, se a precisão não é necessária, o que é necessário então para a construção do sentido? Weick (1995, p. 60) responde a este questionamento ao dizer que é necessário algo que preserve a plausibilidade e a coerência, algo que seja razoável, que possibilite a ligação das experiências passadas com as expectativas, algo que possa ser construído retrospectivamente, que capture tanto pensamentos quanto emoções, enfim, é necessário que se tenha uma boa história. Weick (2001, p. 462) afirma que construir um sentido é responder a pergunta “Qual é a história aqui?”. Assim, o *sensemaking* é sobre relatos que possuam credibilidade, que sejam socialmente aceitos e plausíveis em um determinado contexto. A questão do “aqui”, ou seja, do contexto, é um aspecto importante na definição da plausibilidade. Em uma organização, por exemplo, o que é plausível para determinado grupo, como a diretoria e a alta administração, pode não ser plausível para outros grupos, como dos empregados do chão de fábrica (WEICK, 1995; WEICK *et al.*, 2005).

Segundo Weick (1995) estas sete propriedades do *sensemaking* devem ser entendidas como inter-relacionadas. Em determinados momentos ou situações pode ser que algumas destas propriedades exerçam mais influência, e sejam mais facilmente percebidas, no processo de construção dos sentidos.

2.2.2 Considerações sobre o *sensemaking* e o *organizing*

Weick (1995) considera que o *sensemaking* pode ser visto como uma atividade central na construção tanto da organização quanto do ambiente no qual se encontra. Weick *et al.* (2005, p. 410, tradução livre) afirmam que a “organização emerge através do *sensemaking*, não que a organização precede o *sensemaking* nem que o *sensemaking* é produzido pela organização”. Weick (1979) considera que a organização é composta por diversos processos contínuos interconectados, ela é algo dinâmico e não uma entidade fixa, estável e rígida. Por isso o autor utiliza o termo *organizing* ao invés de *organization*, para enfatizar a idéia de movimento e processos contínuos.

O *organizing* é definido como “uma gramática consensualmente validada para reduzir a equivocidade por meio de comportamentos interligados e sensatos. Organizar é reunir ações interdependentes e contínuas em uma seqüência sensata que gera resultados sensatos” (WEICK, 1979, p. 3, tradução livre). O termo “gramática” é utilizado para transmitir o sentido de sistematização de regras e convenções validadas entre os atores organizacionais.

Tais afirmações conduzem a um modo de pensar as organizações enfatizando a importância dos processos sociais que a constituem, e que são formados por uma série de comportamentos interligados e organizados a partir de regras e normas compartilhadas pelos atores da organização. A organização, ou melhor, o *organizing*, ocorre pela necessidade de redução da ambiguidade presente nas informações e no ambiente (WEICK, 1979).

Weick (1973, 1979) propõe um modelo para compreensão do *organizing* baseado no processo de seleção natural, composto por três elementos (processos), o *enactment* (criação na ação), a seleção e a retenção, conforme apresentado na Figura 1.

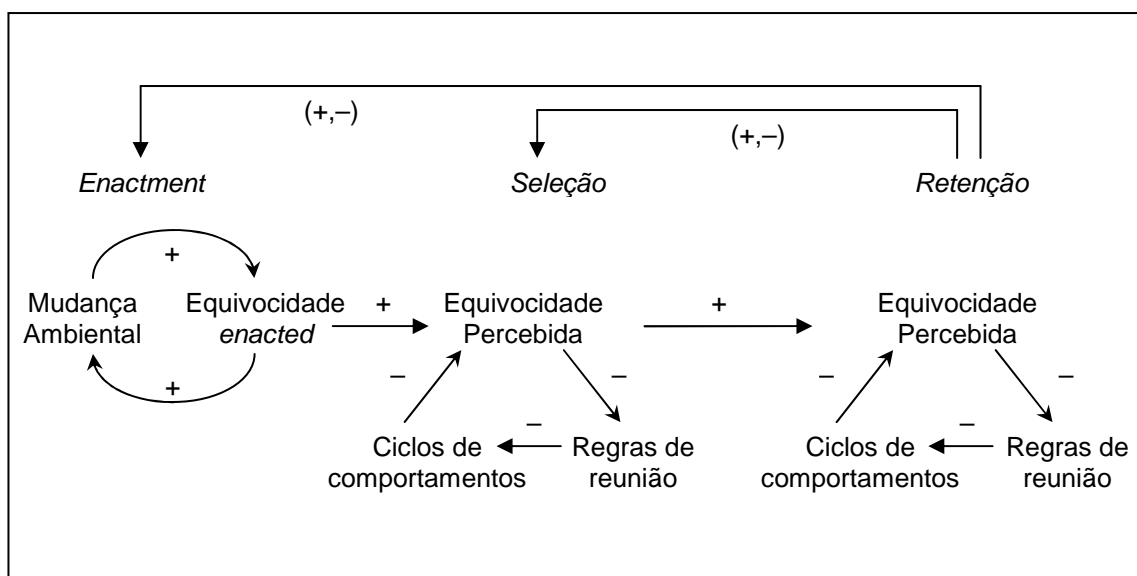


Figura 1. Modelo de *organizing*.

Fonte: Weick (1979, p.133. Tradução livre).

Em linhas gerais, este modelo de *organizing* pode ser entendido como um conjunto de processos que visam à redução da ambiguidade e da equivocidade com as quais as pessoas se deparam em seu dia-a-dia nas organizações.

Parte-se do pressuposto de que ocorrem variações e mudanças ambientais nos fluxos de experiências nos quais as pessoas estão engajadas em seu dia-a-dia. As informações iniciais obtidas sobre estas mudanças possuem num primeiro momento um alto grau de equivocidade. Estas mudanças despertam a atenção das pessoas, remetendo ao processo de *enactment*, entendido como criação na ação. Segundo Weick (1979) quando ocorrem diferenças no fluxo de experiências das pessoas elas agem com o intuito de conseguirem prestar mais atenção nas mudanças ocorridas.

A seleção é realizada com o propósito de reduzir a equivocidade gerada pela mudança ambiental. Recorre-se a mapas causais na tentativa de compreender o que ocorreu. A seleção envolve a escolha de determinados esquemas interpretativos no intuito de compreender as mudanças ocorridas, e assim, reduzir a equivocidade presente nas informações relacionadas à mudança.

Na retenção já é possível o reconhecimento de uma versão sensata do que ocorreu. Segundo Weick, (1973, p. 78) “as informações para os processos de criação e seleção são mais ambíguas do que as ligadas ao processo de retenção. No momento em que a informação atinge o processo de retenção, já se afastou grande parte da ambigüidade”. Com a ambigüidade reduzida já se torna possível o estabelecimento de um maior número de regras relacionadas aquela informação. Como considerado por Weick:

Se um item é rotineiro, podemos supor, de maneira sensata, que tem baixo grau de ambigüidade. Tem certa obscuridade, mas não tanta quanto uma informação repentina, inesperada e inédita. Ora, quando os itens não ambíguos e rotineiros entram num processo ocorre o seguinte, numerosas regras são ativadas para enfrentar a informação, poucos ciclos são reunidos no processo e afasta-se pouca ambigüidade da informação. (WEICK, 1973, p. 79).

Diante de mudanças ambientais inesperadas, que geram grande equivocidade, não é possível o estabelecimento de um grande número de regras, sendo necessária a realização de mais ciclos de comportamento, ou seja, mais ações, para que se tente reduzir a equivocidade. Pelo contrário, como demonstrado por Weick (1973), em um processo organizacional rotineiro pode ser estabelecido um grande número de regras, não sendo necessários muitos ciclos de comportamentos, justamente porque a equivocidade já é baixa.

As informações retidas servem então como elemento para orientar a compreensão de novas mudanças ambientais, como consideram Weick *et al.* (2005, p. 414, tradução livre), “quando uma história plausível é retida, ela tende a se tornar mais substancial porque é relacionada a uma experiência passada, conectada a identidades significativas, e usada como fonte de orientação para novas ações e interpretações”. Tais considerações se referem à seta do modelo que liga a retenção ao *enactment*.

Assim, a relação entre o processo de *sensemaking* e o processo de *organizing* pode ser compreendida pela seguinte consideração, “as pessoas organizam para criar sentidos de *inputs* equívocos, então, devolvem este sentido ao mundo para construí-lo de um modo mais ordenado” (WEICK *et al.*, 2005, p. 410, tradução livre). As atividades específicas de *sensemaking* se ajustam ao processo mais amplo de *organizing*. Segundo Weick *et al.* (2005),

o relacionamento recíproco entre *mudança ecológica* e *enactment* inclui as atividades do *sensemaking* de construir sentido de anomalias, de criação de ordem dentro de um fluxo, e de ser moldado por fatores externos. O *enactment* do processo de *organizing* incorpora as atividades do *sensemaking* de percepção e categorização. (WEICK *et al.*, 2005, p. 414, tradução livre).

Portanto, percebe-se como os processos de *sensemaking* e *organizing* são intimamente relacionados. Ao longo das etapas que compõem o modelo de *organizing* (*enactment*, seleção e retenção) ocorrem diversos processos de *sensemaking*. Os esforços realizados no *organizing* com o intuito de criar uma ordem em um fluxo de experiências, bem como reduzir a equivocidade gerada pelas mudanças ambientais, ocorrem pelas atividades de *sensemaking*. Assim, os atores organizacionais visam criar sentidos plausíveis para determinado fluxo de experiências, bem como, concomitantemente, organizar este fluxo por meio dos processos de *organizing*.

2.3 ESTRATÉGIA COMO PRÁTICA E STRATEGIZING

A perspectiva da estratégia como prática teve suas primeiras proposições teóricas realizadas por Whittington (1996). Esta perspectiva propõe um olhar da estratégia com base em alguns aspectos essenciais, como: o entendimento da estratégia como uma prática social, o foco nas atividades realizadas pelos praticantes da estratégia; a observação da ação e interação entre os atores; o questionamento sobre quem são os estrategistas e o que realmente fazem no processo de fazer estratégia; a compreensão da estratégia com foco no *strategizing* – o fazer estratégia (WHITTINGTON, 1996, 2002a, 2002b, 2004, 2006; JARZABKOWSKI, 2003, 2004, 2005; JOHNSON *et al.*, 2003; WILSON e JARZABKOWSKI, 2004; JOHNSON, *et al.*, 2007; JARZABKOWSKI *et al.*, 2007; JARZABKOWSKI e SPEE, 2009).

A tentativa de superação de algumas dicotomias presentes no campo de estudos em estratégia, como por exemplo, entre formulação (planejamento) e implementação da estratégia, é um dos aspectos que marca o desenvolvimento da perspectiva da estratégia como prática (JARZABKOWSKI, 2005).

Uma das características centrais das escolas clássicas da estratégia conforme descrito por Whittington (2002c), e das escolas prescritivas (*design*, planejamento e posicionamento), conforme descrito por Mintzberg *et al.* (2000), refere-se à dicotomia entre a formulação

(pensamento) e a implementação (ação) da estratégia. Como afirmam Mintzberg *et al.* (2000), a escola de *design*, em que a estratégia é entendida como um processo de concepção, toma como base uma visão clássica de racionalidade em que primeiro deve-se realizar um diagnóstico de determinada situação para que posteriormente sejam propostas prescrições, e por fim, implementadas e realizadas as ações planejadas. Ou seja, trata-se de uma distinção entre pensamento e ação. Clegg *et al.* (2004) afirmam que é claramente visível a influência do pensamento cartesiano no discurso da gestão estratégica, onde a separação entre mente e corpo pode ser vista como a separação entre estratégia e operação. Segundo os autores, enquanto a estratégia (mente) analisa, pensa e planeja; a operação (corpo) é tida apenas como um objeto passivo que deve ser dirigido.

Diante disso, Wilson e Jarzabkowski afirmam que a

estratégia como processo diz respeito ao fato de que a estratégia não deveria ser considerada como um longo período de pensamento – formulação da estratégia –, seguido por um longo período de ação – implementação da estratégia. Os dois processos não estariam somente inextricavelmente entrelaçados, mas existiriam em uma inter-relação mutuamente sustentada (WILSON e JARZABKOWSKI, 2004, p.13).

A superação destas dicotomias entre formulação (pensamento) e implementação (ação), bem como de outras, como entre conteúdo e processo estratégico, é um dos aspectos essenciais dentre as proposições da estratégia como prática (JARZABKOWSKI, 2005; JOHNSON *et al.*, 2007). Como afirma Jarzabkowski,

na pesquisa da prática, a ‘prática’ sob investigação é a estratégia como um fluxo de atividade organizacional que incorpora conteúdo e processo, planejamento e emergência, pensamento e ação e assim por diante, como partes recíprocas, interligadas e frequentemente indistinguíveis de um todo quando elas são observadas de perto (JARZABKOWSKI, 2005, p. 7, tradução livre).

Assim, considera-se que um dos aspectos que impulsionou, e ainda impulsiona, o desenvolvimento da perspectiva da estratégia como prática foi a busca por uma compreensão da estratégia sob um ponto de vista não dicotômico. Propõe-se que estas dicotomias presentes no campo da estratégia possam ser superadas pelo foco nas práticas e atividades realizadas no dia-a-dia da organização, bem como, pela compreensão da estratégia como *strategizing*, ou seja, o processo de fazer estratégia, entendido como um verbo e não como um substantivo (WHITTINGTON, 2002b; JARZABKOWSKI, 2005). O conceito de *strategizing* será abordado adiante.

Esta atenção voltada à prática no campo da estratégia tem suas origens em um movimento caracterizado por uma “virada prática” na teoria social, influenciado por teóricos como Pierre Bourdieu, Michel de Certeau, Michel Foucault, Anthony Giddens, dentre outros (RECKWITZ, 2002; WHITTINGTON, 2006; JOHNSON *et al.*, 2007). Estas teorias e perspectivas práticas propostas por estes autores não possuem como objetivo a formação de um sistema teórico único, elas possuem particularidades e ênfases diferentes (JOHNSON *et al.*, 2007). Porém, apesar destas particularidades, segundo Whittington (2006) é possível observar três temas centrais na teoria prática. O primeiro refere-se ao reconhecimento da influência da sociedade, ou seja;

os teóricos práticos estão preocupados sobre como os ‘campos’ (BOURDIE, 1990) ou ‘sistemas’ (GIDDENS, 1984) sociais definem as práticas – compreensões compartilhadas, regras culturais, linguagem e procedimentos – que guiam e possibilitam a atividade humana. (WHITTINGTON, 2006, p. 614, tradução livre).

Um segundo tema refere-se à questão de que os teóricos práticos também abordam a prática sob outro sentido, o das “atividades que as pessoas realmente fazem ‘na prática’” (WHITTINGTON, 2006, p. 615). Ou seja, entende-se que “na prática” as práticas sociais são seguidas conforme as exigências do momento e da situação. Neste sentido, Certeau (1984, *apud* WHITTINGTON, 2006) considera que também é preciso compreender “como” as pessoas fazem algo, e não apenas “o que” elas fazem.

Segundo Whittington (2006) esta distinção entre as práticas e o que realmente acontece “na prática” aponta para o terceiro tema, de considerar as habilidades e iniciativas dos atores na realização das atividades. Este ponto ressalta que os atores não são tidos como simples autômatos, mas sim, como intérpretes das práticas, eles podem alterar ou reproduzir um conjunto de práticas (WHITTINGTON, 2006).

Estas breves considerações ilustram apenas alguns aspectos da “virada prática” na teoria social que influenciam as pesquisas e teorias no campo da estratégia e das organizações.

Uma das influências destas perspectivas práticas refere-se à reflexão sobre os níveis de análise nas pesquisas em estratégia, sendo esta uma discussão central na perspectiva da estratégia como prática. Tradicionalmente as pesquisas analisam a estratégia com foco no nível da firma ou da indústria, porém, na estratégia como prática enfatiza-se a importância de considerar também o nível micro de análise, o intra-organizacional, sem, no entanto, ignorar a influência do nível macro na estratégia. Propõe-se na estratégia como prática uma visão relacional entre as perspectivas micro e macro da estratégia (JOHNSON *et al.*, 2003;

WHITTINGTON, 2004, 2006; JARZABKOWSKI, 2004; WILSON e JARZABKOWSKI, 2004; JARZABKOWSKI *et al.*, 2007).

Johnson *et al.* (2003) chamam a atenção para necessidade de se analisar os processos e práticas que constituem o dia-a-dia das organizações e que estão relacionados a resultados estratégicos. Os autores propõem uma perspectiva micro da estratégia e do fazer estratégia (*strategizing*) baseada na atividade. Segundo Johnson *et al.* (2003) uma visão baseada na atividade parte do pressuposto de que o valor encontra-se cada vez mais nas micro-atividades realizadas pelos gestores e demais membros da organização. Sendo assim, é fundamental um foco no contexto interno da organização, na busca pela compreensão do que as pessoas realmente fazem no processo de fazer estratégia.

Johnson *et al.* (2003) reconhecem as contribuições das pesquisas sobre o processo estratégico, porém apresentam algumas limitações desta perspectiva. Destacando uma destas limitações, Johnson *et al.* (2003) afirmam que nas pesquisas sobre o processo estratégico – apesar de haver uma boa descrição e compreensão dos processos da organização como um todo – há pouco interesse nas ferramentas e atividades práticas que fazem com que estes processos aconteçam. Na perspectiva micro da estratégia e do fazer estratégia proposta por Johnson *et al.* (2003) há um interesse maior pelo detalhamento das atividades que ocorrem “dentro” dos processos organizacionais. Esta perspectiva de análise é bem definida nas palavras de Whittington (2002b, p. 120. Grifo do autor) quando afirma que “a noção da prática implica uma atenção focada no trabalho que as pessoas fazem *dentro* dos processos organizacionais”. Compreende-se assim a proposta de uma análise de nível micro da estratégia e do fazer estratégia.

Segundo Whittington (2006) as pesquisas em estratégia sob uma perspectiva prática podem ser tanto em nível intra-organizacional como em nível extra-organizacional. Neste último pode-se considerar a influência das práticas estratégicas na sociedade ou nos setores como um todo, enquanto que no primeiro se consideram as atividades estratégicas realizadas na organização, podendo ser priorizadas aquelas referentes à atuação dos gestores. O autor considera ser importante uma tentativa de aproximação entre os níveis de análise intra-organizacional e extra-organizacional, inclusive por considerá-los como inter-relacionados. Para Whittington (2006, p. 629, tradução livre), “uma melhor compreensão da estratégia como um fenômeno em nível extra-organizacional [...], poderia auxiliar no desenvolvimento de *praxis* estratégicas em nível intra-organizacional”. Sobre esta relação entre o micro e o macro, Jarzabkowski *et al.* (2007, p. 6, tradução livre) consideram que “o micro-fenômeno

precisa ser compreendido em seu contexto social mais amplo: os atores não estão agindo isoladamente, estão agindo com base em regulamentos, modos de ação definidos socialmente”. Esta visão relacional entre micro e macro é expressa na Figura 2 proposta por Wilson e Jarzabkowski (2004).

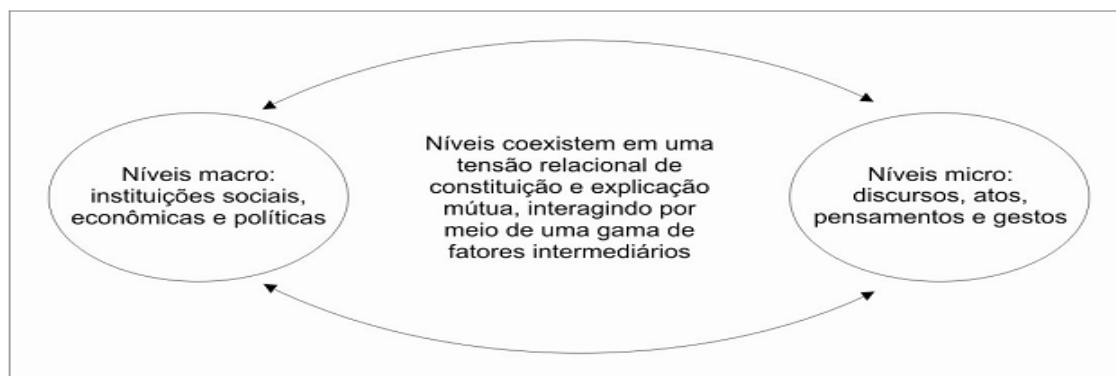


Figura 2. Uma visão relacional de macro e micro-práticas.

Fonte: Wilson e Jarzabkowski (2004, p. 16).

Como é possível observar, o micro e macro são dois pólos de um contínuo. Segundo os autores, “o relacionamento entre esses dois pólos é bi-direcionado, de modo que qualquer atividade que ocorra esteja relacionada tanto ao contexto mais macro quanto ao mais micro” (WILSON e JARZABKOWSKI, 2004, p. 15).

Ao abordar a estratégia como prática no micro-contexto, Jarzabkowski (2004) faz importantes considerações sobre as comunidades de práticas. Segundo a autora, “em uma comunidade de prática, o pensamento individual é tido como essencialmente social e é desenvolvido na interação com as atividades práticas da comunidade” (JARZABKOWSKI, 2004, p. 536, tradução livre). Considerar a questão das comunidades de prática é relevante para o entendimento da estratégia como uma prática situada e local, já que “cada comunidade tem interações sociais específicas que constituem um contexto interpretativo único” (JARZABKOWSKI, 2004, p. 536, tradução livre). Este entendimento das comunidades de práticas como um contexto interpretativo único, gerado a partir de interações sociais, é interessante quando refletimos sobre o processo de construção de sentidos, principalmente pela relevância do contexto social neste processo (esta questão será abordada com mais detalhes no tópico 2.4.3).

A partir destas considerações sobre aspectos importantes no desenvolvimento da perspectiva da estratégia como prática, apresentam-se a seguir definições conceituais e elementos essenciais desta perspectiva.

Segundo Whittington (2006) tradicionalmente a estratégia é vista como algo que as empresas têm, como se fosse uma propriedade, porém, na perspectiva da prática, a estratégia é vista como algo que as pessoas fazem. Trata-se de um olhar para o modo como os praticantes da estratégia agem e interagem no processo de fazer a estratégia (WHITTINGTON, 1996). A estratégia como prática busca uma compreensão sobre como a estratégia emerge da interação entre os atores e seus contextos (JARZABKOWSKI, 2003). Jarzabkowski e Spee (2009), em uma revisão recente das pesquisas em estratégia como prática, reforçam que esta preocupação com as ações e interações dos atores humanos tem sido um aspecto central nas pesquisas.

Jarzabkowski (2005, p. 7, tradução livre) define a estratégia como uma “atividade situada e socialmente realizada por meio da ação e interação entre múltiplos atores”. É uma atividade situada na medida em que ela tanto é moldada pelo contexto social na qual está inserida como molda este contexto. Portanto, é fundamental considerar a ação dos atores conforme o contexto e a situação na qual agem. As contribuições para a realização desta atividade situada encontram-se distribuídas entre diversos atores, sendo que, cada qual possui um conhecimento parcial do processo. Nenhum ator é capaz de sozinho construir a atividade em sua totalidade, trata-se de uma atividade construída coletivamente por múltiplos atores (JARZABKOWSKI, 2005).

A perspectiva da estratégia como prática se baseia na inter-relação entre três elementos centrais, a *praxis* (ou prática), os praticantes e as práticas (WHITTINGTON, 2002a, 2006, 2007; JARZABKOWSKI, 2003, 2004, 2005; JOHNSON *et al.*, 2007; JARZABKOWSKI e SPEE, 2009).

A compreensão destes conceitos e de suas inter-relações é de fundamental importância para o entendimento da perspectiva prática, porém, muitas vezes não há uma clareza quanto aos termos e conceitos utilizados, sendo importante uma distinção atenta entre os mesmos (WHITTINGTON, 2006). Por exemplo, Jarzabkowski (2003, 2004, 2005) utiliza o termo “*practice*”, traduzido aqui como prática, quando se refere ao que Whittington (2002a, 2006, 2007) denomina de “*praxis*”.

Estes três elementos e as relações entre eles podem ser compreendidos com base na Figura 3. Um ponto interessante, destacado nesta figura, é relação de mútua dependência entre os elementos *práxis*, praticantes e práticas (WHITTINGTON, 2002a, 2006).

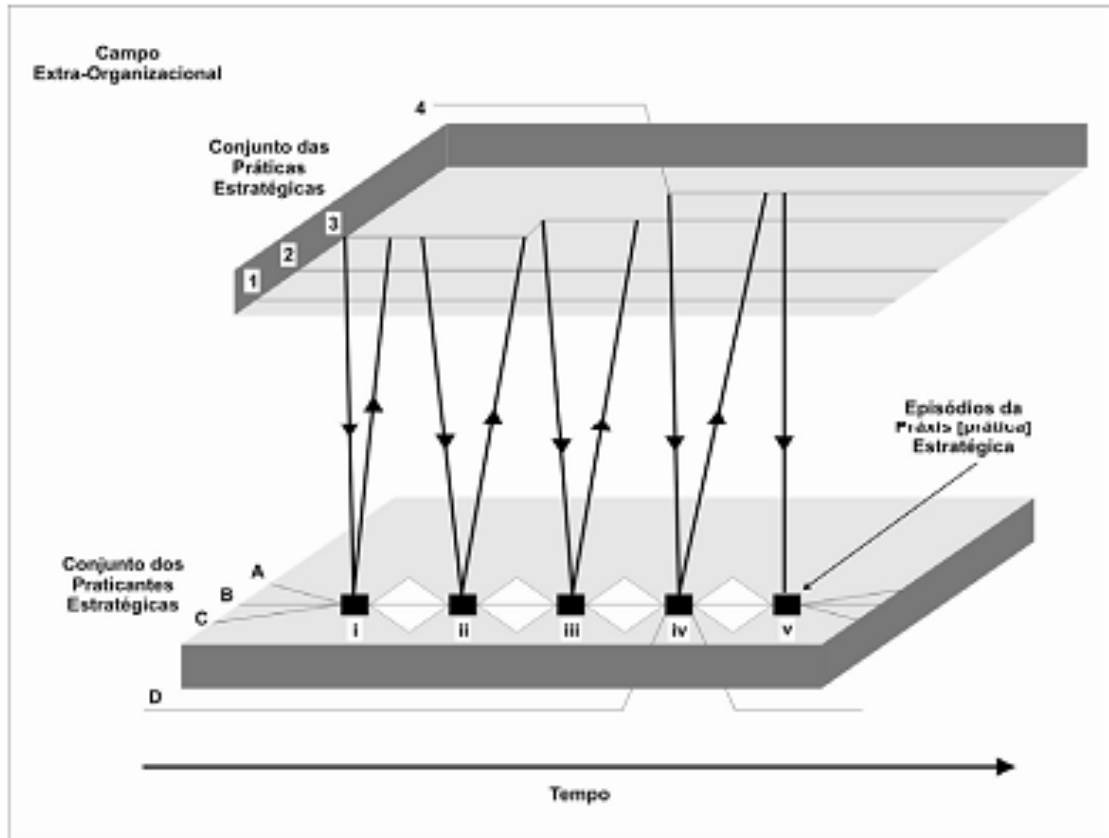


Figura 3. Integrando *Práxis*, Praticantes e Práticas.
 Fonte: Whittington (2006, p. 621, tradução livre).

Conforme proposto por Whittington (2006), as letras A, B, C e D representam os praticantes da estratégia, sendo que a letra D remete a um praticante externo à organização, como por exemplo, um consultor em estratégia. Os números 1, 2, 3 e 4 representam práticas estratégicas. O número 4 representa um conjunto de práticas estratégicas que inicialmente não são aceitas pela organização, mas que existem no contexto extra-organizacional. A partir da Figura 3 pode-se observar que a prática estratégica 4 provavelmente foi sugerida para esta organização pelo praticante D. Os diversos episódios de *praxis* realizados pelos praticantes são representados pelos algarismos I, II, III, IV e V (WHITTINGTON, 2006).

Whittington (2006) destaca que os praticantes ocupam um lugar central nesta perspectiva, já que são eles que fazem a conexão entre a *praxis* intra-organizacional com as práticas organizacionais e extra-organizacionais. Segundo o autor, os praticantes podem ainda mudar aspectos referentes às suas *praxis*, preservar ou adaptar práticas existentes e até mesmo criar novas práticas estratégicas (WHITTINGTON, 2006). Whittington (2002a) considera que os praticantes são os fazedores da estratégia, ou seja, os estrategistas. Este é um dos elementos que merece destaque na perspectiva da estratégia como prática, principalmente pelo interesse

que é direcionado para as ações e interações entre os atores no processo de fazer estratégia. Portanto, na estratégia como prática, pretende-se enfatizar alguns questionamentos como: quem é um estrategista? Quem realiza o trabalho de fazer estratégia? Como as pessoas se tornam estrategistas? (WHITTINGTON, 1996, 2002a, 2002b; JARZABKOWSKI, 2005; JARZABKOWSKI *et al.*, 2007).

Segundo Jarzabkowski e Spee (2009) as pesquisas em estratégia como prática indicam definições bem amplas sobre quem pode ser considerado um praticante estratégico. Para Whittington (2006, p. 619) “os praticantes estratégicos são aqueles que fazem o trabalho de criar, moldar e executar as estratégias”. Outra definição é dada por Jarzabkowski (2005) quando afirma que:

a estratégia como uma prática surge da interação entre as pessoas, muitas pessoas – diretores, gerentes intermediários, funcionários, consultores, contadores, investidores, reguladores, consumidores. Apesar de todas estas pessoas não poderem ser formalmente designadas como ‘estrategistas’, suas ações e interações contribuem para a estratégia de uma organização. (JARZABKOWSKI, 2005, p. 8, tradução livre).

Portanto, a autora considera que tanto atores internos quanto externos à organização podem ser considerados como praticantes estratégicos, mesmo que formalmente não sejam designados como estrategistas da organização. Segundo Jarzabkowski *et al.* (2007) existe um grande grupo de atores que são potenciais estrategistas. Os gestores intermediários e os empregados de baixo nível hierárquico também podem ser importantes atores estratégicos. Segundo os autores, “como estes empregados de nível intermediário e operacional não ocupam um papel estratégico formal, as pesquisas práticas tem focado as bases sociais, interpretativas, linguísticas e de conhecimento pessoal pelo qual eles moldam a estratégia” (JARZABKOWSKI *et al.*, 2007, p. 12, tradução livre). Estas considerações são interessantes no sentido de demonstrar que cada praticante terá alguns modos específicos de moldar o processo de fazer estratégia, de acordo com características particulares e com o lugar que ocupa na organização.

Jarzabkowski e Spee (2009) destacam que os praticantes estratégicos podem ser entendidos como praticantes individuais ou como grupos de praticantes. Assim, o praticante pode ser tanto um indivíduo como um coletivo ou classe de atores, como por exemplo, gerentes intermediários, engenheiros, consultores, etc.

Como é possível observar na Figura 3. os praticantes da estratégia estão intimamente relacionados aos outros dois elementos, ou seja, à prática e às práticas estratégicas. Além da

apresentação dos conceitos de *práxis* e práticas estratégicas, serão enfatizadas as distinções entre ambos.

A *praxis* é aquilo que realmente é feito pelo praticante no processo de fazer estratégia (WHITTINGTON, 2002a). Segundo Jarzabkowski (2004, p. 24, tradução livre) “a prática abarca as interações e interpretações das quais a atividade estratégica emerge ao longo do tempo”. A *praxis* ou prática esta relacionada às atividades estratégicas efetivamente realizadas pelos praticantes, considerando-se também, as interações que ocorrem durante a realização do trabalho de fazer estratégia (WHITTINGTON, 2002a; JARZBKOWSKI, 2004).

As práticas estratégicas são “todos aqueles hábitos, artefatos e modos de ação definidos socialmente através dos quais o fluxo da atividade estratégica é construído” (JARZABKOWSKI, 2003, p. 24, tradução livre). Este conceito é interessante na medida em que ressalta a relação entre as práticas estratégicas e as atividades estratégicas.

Jarzabkowski (2005) propõe que as práticas estratégicas podem ser compreendidas a partir de três tipos principais de práticas: racional-administrativas, discursivas e episódicas. As práticas racional-administrativas visam prioritariamente à coordenação e organização da estratégia, como por exemplo, relacionadas a mecanismos de planejamento, orçamentos, sistemas de controle, indicadores de desempenho, dentre outros. As práticas discursivas visam proporcionar recursos simbólicos, linguísticos, e cognitivos relacionados às interações que ocorrem no processo de fazer estratégia. Por fim, as práticas episódicas proporcionam interações organizadas entre as pessoas envolvidas no trabalho de fazer estratégia, como por exemplo, por meio de reuniões, eventos, seminários, *workshops*, etc. (JARZABKOWSKI, 2005).

Jarzabkowski (2004) sintetiza bem a distinção entre prática (*praxis*) e práticas. Segundo a autora, “prática é a atividade real, eventos ou trabalho de estratégia, enquanto as práticas são as tradições, normas, regras e rotinas através das quais o trabalho de estratégia é construído” (JARZABKOWSKI, 2004 p. 545, tradução livre). Assim, enquanto a prática remete às atividades reais realizadas pelos praticantes, as práticas estão mais relacionadas a tradições, normas, regras e rotinas que direcionam e delimitam a prática.

Whittington (2006) toma como referência algumas distinções entre *praxis* e práticas no campo da teoria social apresentadas por Reckwitz (2002). Segundo Reckwitz (2002) a *praxis*, ou prática no singular, é um termo utilizado para descrever a ação humana de modo geral. Para o autor as práticas se referem a tipos de comportamentos rotineiros, compostos de vários elementos interconectados, como: formas de atividades corporais e mentais, as coisas e

seus usos, *know-how*, estados emocionais, formas de compreender, etc. Diante disso Whittington (2006, p. 619, tradução livre) define práticas como um “conjunto de comportamentos rotineiros compartilhados, incluindo tradições, normas e procedimentos para pensar, agir e usar ‘coisas’, esta última num amplo sentido”. Este conceito proposto pelo autor apresenta aspectos semelhantes ao de Jarzabkowski (2004) considerado há pouco, principalmente pela ênfase em aspectos rotineiros, em tradições e normas.

Cada um dos elementos apresentados aqui precisa ser considerado em relação aos demais, como apresentado na Figura 4.

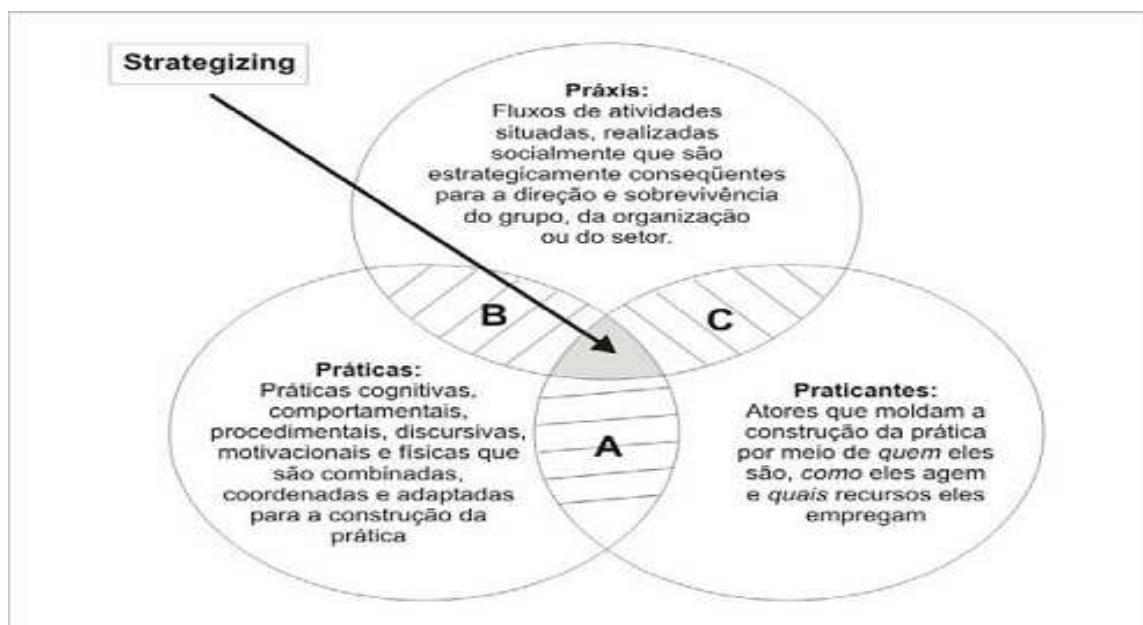


Figura 4. Um modelo conceitual para analisar a estratégia como prática.
Fonte: Jarzabkowski *et al.* (2007, p. 11).

Esta figura é interessante porque explicita como o processo de fazer estratégia (*strategizing*) é resultante da interação entre os três elementos essenciais, a *praxis*, as práticas e os praticantes.

Segundo Jarzabkowski *et al.* (2007, p. 8, tradução livre) o “*strategizing* refere-se ao ‘fazer estratégia’; assim é a construção desse fluxo de atividades por meio das ações e interações de múltiplos atores e as práticas que eles empreendem”. Este conceito resume diversos aspectos fundamentais desta perspectiva, como: a estratégia é a construção de um fluxo de atividades; a ação e a interação entre múltiplos atores (praticantes); e a inter-relação entre praticantes, *práxis* (atividades) e práticas.

Jarzabkowski (2005) propõe que o trabalho de fazer a estratégia (*strategizing*) seja considerado a partir de dois tipos específicos, o “*procedural strategizing*” (fazer estratégia processual) e o “*interactive strategizing*” (fazer estratégia interativo). O *procedural strategizing* refere-se ao “uso de práticas administrativas formais, como planos, orçamentos, análises de tendência e comitês e procedimentos associados, através dos quais a estratégia é coordenada, documentada e formalmente representada dentro de uma organização” (JARZBKOWSKI, 2005, p. 51, tradução livre). O *interactive strategizing* remete a “interações face a face entre os gerentes de alto nível e os demais atores. Estas interações possibilitam aos gerentes reforçar suas próprias interpretações das atividades, bem como, negociar estas interpretações com os outros” (JARZBKOWSKI, 2005, p. 51). Segundo Jarzabkowski (2005) estas interações incorporam as dimensões sociais, políticas e comportamentais do *strategizing*.

2.4 RELAÇÕES ENTRE CRISE ORGANIZACIONAL, SENSEMAKING E STRATEGIZING.

Ao longo deste tópico são apresentados pressupostos teóricos sobre relações entre crise organizacional, *sensemaking* e *strategizing*. O presente tópico está organizado do seguinte modo: primeiramente foram discutidas relações entre o processo de crise organizacional e o *sensemaking*, posteriormente foram consideradas relações entre os processos de *sensemaking* e de *strategizing*.

2.4.1 O Processo de Crise Organizacional e o *Sensemaking*

A aproximação entre os processos de crise organizacional e de *sensemaking* remete a uma abordagem da crise organizacional sob o enfoque de perspectivas psicológicas e sociais (WEICK, 1998; PEARSON e CLAIR, 1998). Nestas perspectivas são levados em consideração aspectos cognitivos, culturais, de identidade, psicodinâmicos, bem como, relacionados ao compartilhamento de significados e crenças, ao desempenho de papéis sociais, e à dinâmica de interações sociais (WEICK, 1988, 1990, 1993; QUARANTELLI, 1988; PAUCHANT e MITROFF, 1988; DEJOURS, 1993; KOVOOR-MISRA, 1995;

PEARSON e CLAIR, 1998; HEARIT e COURTRIGHT, 2003; MITROFF, 2007; ROBERTS *et al.*, 2007; ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b, 2009; BOUDES e LAROCHE, 2009).

As relações entre o processo de crise organizacional e o processo de *sensemaking* podem ser representadas conforme a figura a seguir:

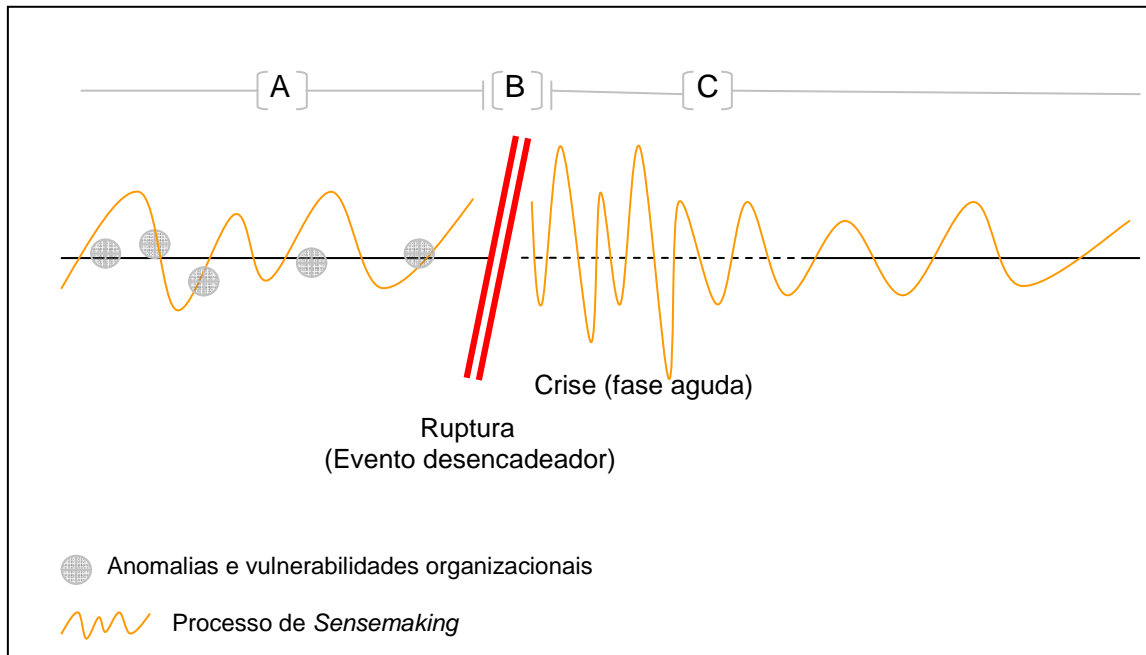


Figura 5. Relações entre o processo de crise organizacional e o processo de *sensemaking*.
Fonte: Desenvolvido pelo autor com base no referencial teórico.

As relações entre o processo de crise organizacional e o *sensemaking* são analisadas conforme os momentos [A], [B] e [C] indicados na Figura 5. Portanto, as relações analisadas são as seguintes: no momento [A] considera-se o *sensemaking* relacionado ao modo como se desenvolve o processo de crise organizacional, mais especificamente quanto à construção de sentidos dos atores com relação aos sinais antecedentes de anomalias e vulnerabilidades organizacionais (WEICK, 1988, 1990, 1995, 1998, 2001, 2010; WEICK E SUTCLIFFE, 2001; ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b, 2009); o momento [B] remete a ocorrência do evento desencadeador e ao momento de ruptura da crise relacionados a um colapso no *sensemaking* (SHRIVASTAVA *et al.*, 1988; WEICK, 1993; ROUX-DUFORT, 2007a, 2009); [C] referente a intensificação dos processos de *sensemaking* realizados logo após o momento de ruptura e durante a fase aguda da crise (caracterizada pela grande ambiguidade, incerteza e desorganização) com o intuito de se construir sentidos plausíveis para a situação de crise vivenciada (WEICK, 1979, 1988, 1993, 1995, 2010; ROBERTS, MADSEN e DESAI, 2007; BOUDES e LAROCHE, 2009).

Considerações sobre a relação entre o *sensemaking* e o processo de crise organizacional no momento [A].

Considera-se aqui o modo como os atores organizacionais constroem sentidos sobre as experiências e situações vivenciadas no dia-a-dia na organização, e de como esta construção de sentidos pode interferir no processo de crise organizacional, seja como catalisador ou como inibidor do desenvolvimento da crise (WEICK, 1988, 2010).

Weick (1988) reconhece que existem vários fatores que são determinantes para a ocorrência de uma crise, enfatizando que o *sensemaking* ocupa uma parte no desenvolvimento da crise. Segundo o autor,

as análises do *enactment* sugerem que as ações do indivíduo envolvidas no *sensemaking* podem causar uma crise, mas também podem gerenciá-la para reduzir os níveis de perigo. [...]. Esta é a nossa argumentação de que as ações devotas ao *sensemaking* ocupam um papel central na gênese das crises e, portanto, precisam ser compreendidas se nós queremos gerenciar e prevenir crises. (WEICK, 1988, p. 308, tradução livre).

O destaque dado pelo autor na ação humana deve ser compreendido sob a perspectiva de que a ação direciona a construção dos sentidos, ela precede a cognição e dá um foco a mesma (WEICK, 1995, 2001). Segundo Weick *et al.* (2005) o *sensemaking* é sobre a conexão entre ação e interpretação. As ações realizadas no processo de crise são relevantes, ainda, quando se considera a perspectiva do *enactment*, ou seja, da criação na ação, como uma propriedade do *sensemaking* (WEICK, 1979, 1988, 1995). Neste sentido, Weick (1988) considera que,

as crises envolvem a ação humana. A ação humana pode amplificar pequenos desvios em crises consideráveis, e em uma busca por causas, nós invariavelmente podemos achar alguma ação humana que tenha colocado a crise em movimento (WEICK, 1988, p. 308, tradução livre).

Fica evidente, portanto, a conexão que o autor propõe entre o processo de construção de sentidos e a crise organizacional, tanto com relação a sua gênese como quanto à prevenção e à gestão. Weick (1998) enfatiza que a consideração do *sensemaking* em situações de crise organizacional contribui essencialmente nos esforços de prevenção e de gestão de crises, principalmente porque as ações dos atores organizacionais podem amplificar pequenos desvios e anomalias em situações mais críticas, como também podem contribuir para a prevenção e gestão do processo de crise.

Tendo em vista tais considerações, propõem-se alguns pontos de intersecção entre o *sensemaking* e a perspectiva processual de crise organizacional segundo Roux-Dufort (2007a, 2007b).

Weick (1988) considera que a compreensão do *sensemaking* pode auxiliar na prevenção de grandes crises pelo gerenciamento de pequenas crises antecedentes. Trata-se de um olhar atento aos acontecimentos e situações que antecedem a crise, ou melhor, conforme a compreensão de crise neste trabalho, acontecimentos e situações que antecedem a fase aguda da crise. Conforme a abordagem processual de crise organizacional (ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b), acontece uma série de anomalias na organização que podem se acumular e se conectar, que se configuram em vulnerabilidades organizacionais, tidas como antecedentes de um evento desencadeador e da crise em sua fase aguda. Neste trabalho considera-se que estas “pequenas crises antecedentes” sugeridas por Weick (1988) sejam entendidas como estas anomalias, incidentes e vulnerabilidades antecedentes a crise em sua fase aguda. Portanto, é importante analisar aspectos referentes ao processo de construção de sentidos sobre estas anomalias e vulnerabilidades organizacionais.

Roux-Dufort (2007a) afirma que as imperfeições organizacionais (anomalias e vulnerabilidades) fornecem sinais, como erros, falhas, incidentes, etc. Weick (1995, p. 133, tradução livre) afirma que o “*sensemaking* é sobre uma ampliação de pequenos sinais. É uma busca por contextos nos quais pequenos detalhes se encaixam e fazem sentido”. Portanto, considera-se aqui um processo de construção de sentidos em que os sinais “ampliados” e selecionados para interpretação são aqueles que indicam a ocorrência de anomalias e vulnerabilidades na organização.

Segundo Roux-Dufort (2007a, p. 230, tradução) “quando o acúmulo destas imperfeições chega a um nível de saturação as condições para a crise estão criadas”. Porém, este contexto não determina a ocorrência da crise, apenas cria um ambiente propenso a crises (Roux-Dufort, 2007). O autor ressalta que neste momento a ação humana é um fator importante, recorrendo às considerações de Weick:

O que é impressionante é que as crises podem ter um pequeno e volitivo começo na ação humana. Pequenos eventos são levados adiante, se acumulam com outros eventos, e ao longo do tempo sistematicamente constroem um ambiente que é uma combinação rara de simultâneas falhas inesperadas (WEICK, 1988, p. 309, tradução livre).

Portanto, sugere-se que este acúmulo de pequenos eventos, de falhas e anomalias como descrito por Weick (1988) e por Roux-Dufort (2007a), característicos do

desenvolvimento de um processo de crise organizacional, se intensifica ou não conforme as ações e construções de sentido realizadas pelos atores organizacionais. Esta afirmação remete a consideração de Roux-Dufort (2007a, 2007b, 2009) de que o processo de crise é composto por dois processos, primeiro, este aqui mencionado do acúmulo de imperfeições organizacionais, e um segundo, da ignorância dos gestores com relação a estas imperfeições.

Nesta perspectiva processual da crise organizacional, em que se leva em consideração a ignorância gerencial, a idéia central é “demonstrar que se permite que as imperfeições organizacionais cresçam e se transformem em vulnerabilidades porque elas não são notadas ou levadas em consideração” (ROUX-DUFORT, 2009, p. 5, tradução livre). Portanto, a ignorância esta relacionada à desconsideração, a não percepção, e a comportamentos de ignorar os sinais de imperfeição e anomalias. É tida como a diferença que existe entre a complexidade de determinada situação organizacional e aquilo que os gestores são capazes de reter sobre ela (ROUX-DUFORT, 2007b). Assim, considera-se que a construção de sentidos, ao ser focada nos sinais extraídos, está relacionada ao processo de ignorância gerencial. A ignorância gerencial refere-se a não consideração dos sinais de anomalias e vulnerabilidades por parte dos gestores, ou seja, estes constroem sentidos sem priorizar a seleção dos sinais decorrentes das imperfeições organizacionais.

Ao tratar da questão da ‘detecção da crise’, Roux-Dufort (2009, p. 7, tradução livre) apresenta um questionamento importante, “como e por que os gestores concentram sua atenção em algumas imperfeições mais do que em outras”. Na própria questão colocada pelo autor pode-se perceber a relação com o processo de *sensemaking*, ou seja, trata-se de uma escolha dos gestores sobre quais sinais irão extrair de seus fluxos contínuos de experiências, sob quais sinais irão construir sentidos.

Lagadec (2009) propõe algumas considerações relevantes sobre a questão da detecção de sinais. O autor enfatiza que é preciso uma compreensão sobre a “habilidade de se detectar sinais de fenômenos que não podem ser representados por nenhum modelo de conhecimento” (LAGADEC, 2009, p. 479, tradução livre). Esta afirmação do autor apresenta um aspecto semelhante aos comentários apontados por Weick (2010) a partir da seguinte observação de Kant: “a percepção sem conceito é cega; a conceituação sem percepção é vazia” (WEICK, 2010, p. 545, tradução livre). Aplicando esta observação à análise do *sensemaking* em situações de crise, Weick afirma que

o *sensemaking* na crise pode tornar a crise ainda pior quando significativos sinais passam despercebidos porque não existem conceitos para selecioná-los (problema da cegueira) ou quando os conceitos que as pessoas dispõem

não possuem nenhuma conexão com a situação (problema do vazio). (WEICK, 2010, p. 545, tradução livre).

A partir destas considerações é possível compreender a influência que os conceitos e modelos de conhecimento possuem sobre a detecção dos sinais durante o processo de crise organizacional. Neste sentido, também é possível refletir sobre as proposições de Weick (1979) quando afirma que as informações consolidadas na fase de retenção do *organizing* servem como modelo para as novas interpretações nas fases de mudança ambiental e *enactment* (conferir modelo de *organizing* na Figura 1). Portanto, pode-se considerar que tais proposições de Lagadec (2009) e Weick (2010) contribuem para a compreensão do que vem a ser o processo de ignorância gerencial descrito por Roux-Dufort (2007a, 2009) na medida em que apresentam alguns aspectos envolvidos na detecção de sinais realizada pelos atores organizacionais.

Weick (1988) apresenta outras considerações que também contribuem para a compreensão das relações entre *sensemaking* e o processo de crise organizacional. Segundo o autor, a relação entre crise organizacional e o *sensemaking* pode ser analisada quando se aplicam os conceitos de capacidade, comprometimento e expectativas.

Segundo Roux-Dufort (2009, p. 6, tradução livre) “a ignorância gerencial é definida mais como um tipo de falta de capacidade de levar em conta os efeitos cumulativos das imperfeições organizacionais”. É interessante a relação que pode ser estabelecida entre estas considerações do autor com a seguinte afirmação de Weick:

a capacidade e o repertório de respostas afetam a percepção da crise, porque as pessoas veem aqueles eventos que elas sentem que tem a capacidade de fazer alguma coisa a respeito. Quando as capacidades mudam, as percepções e as ações também mudam. (WEICK, 1988, p. 311, tradução livre).

Esta relação proposta pelo autor entre capacidade e repertório de respostas com a percepção da crise pode ser entendida como justamente a problemática da ignorância gerencial apresentada acima. Neste sentido, os gestores ignoram os sinais de anomalia e vulnerabilidade por não estarem, ou não se julgarem, capacitados para fazer algo que corrija estas falhas e anomalias. Weick (1988, p. 311, tradução livre) afirma que “a precisão na percepção vem de uma expansão na capacidade de resposta”. Segundo o autor, se as pessoas julgarem que possuem capacidade para fazer várias coisas, elas podem prestar atenção em vários sinais, pois terão condições de fazer algo diante daquilo que percebem (WEICK, 1988).

A ação dos gestores em um processo de crise é influenciada pela capacidade que estes possuem em resolver ou lidar com as imperfeições organizacionais. Supõe-se que os gestores estariam mais capacitados para agir no início do processo de crise, onde as imperfeições ainda são apenas anomalias. Com o desenvolvimento do processo de crise, quando estas se acumulam e se configuram vulnerabilidades, já haveria a exigência de capacidades e de um repertório de respostas mais amplo. Nos últimos estágios do processo de crise, ou seja, no momento de ruptura e de crise aguda, as exigências de capacidade de resposta se tornam muito mais acentuadas, inclusive ao ponto de não poderem ser correspondidas. Roux-Dufort (2009), ao tratar do momento de ruptura afirma que:

a combinação e a justaposição de disfunções criam uma perturbação que é característica da crise e na qual não há nenhuma ferramenta ou procedimento para lidar com o desdobramento do evento de um modo definitivo [...]. O sentimento generalizado que predomina é o da perda de controle. (ROUX-DUFORT, 2009, p. 8, tradução livre).

Assim, a capacidade e o repertório de respostas dos gestores, relacionados aqui como as ferramentas e os procedimentos para lidar com a crise, encontram-se consideravelmente reduzidos no estágio avançado da crise, predominando o sentimento de perda de controle (WEICK, 1988; ROUX-DUFORT, 2009).

Outro aspecto relevante proposto por Weick (1988) é o do comprometimento que as pessoas assumem com determinados cursos de ações que realizam. Segundo o autor, em muitas situações as pessoas realizam ações, e posteriormente, de um modo retrospectivo elaboram explicações que as justifiquem. O comprometimento com estas ações e justificativas influencia a construção de sentidos que ocorre durante o processo de crise organizacional.

Estas justificativas possuem um aspecto positivo durante situações de crise, já que o comprometimento com as mesmas pode favorecer a construção de sentidos num período de ambiguidade e confusão, característicos da crise (WEICK, 1988). Por outro lado, o comprometimento das pessoas com determinadas explicações e justificativas pode produzir “pontos cegos” (WEICK, 1988). Estes “pontos cegos” ocorrem porque as pessoas, ao se comprometerem com determinadas ações, constroem justificativas que vão sendo transformadas em suposições tidas como certas e definitivas. Tais suposições exercem tamanha influência a ponto de não permitirem que outros sinais sejam extraídos das situações vivenciadas, a não ser aqueles que se encaixam nestas suposições e justificativas com as quais se está comprometido (WEICK, 1988). Um exemplo da influência deste comprometimento na construção de sentidos é demonstrado no caso analisado por Weick (2005) (conforme

apresentado anteriormente no tópico 2.1). O autor demonstra como o comprometimento dos membros do CDC (*Centers for Disease Control*) com a ação que haviam realizado, de anunciar publicamente que os sintomas apresentados eram causados por determinada doença, interferiu no modo como as pessoas envolvidas construíram sentidos sobre os sintomas apresentados pela população.

Em um processo de crise organizacional pode-se relacionar este comprometimento que gera “pontos cegos” com a ignorância gerencial. Neste caso, os atores selecionam apenas os sinais que se enquadram as justificativas de suas ações realizadas, desconsiderando outros sinais presentes no ambiente, como por exemplo, os sinais de imperfeição organizacional. Assim, as expressões da ignorância gerencial apresentadas por Roux-Dufort (2007a, 2009), como falta de atenção, negação da realidade, normalização, dentre outras, podem estar relacionadas a um comprometimento destes gestores com determinadas ações e justificativas. Propõe-se que este comprometimento descrito por Weick (1988) pode ser um fator que contribui para a ignorância gerencial, conforme descrita por Roux-Dufort (2007a, 2009).

Por fim, Weick (1988) considera um terceiro aspecto, a influência das expectativas na construção dos sentidos com relação à crise. A influência das expectativas no processo de construção de sentidos não se dá apenas no contexto de crise, ela ocorre de um modo geral no processo de *sensemaking* como sugerido por Weick (1995). Com relação à crise organizacional, Weick (1988) trata mais especificamente da influência das expectativas e suposições da liderança. Segundo o autor, “muitas destas suposições podem aumentar ou diminuir a probabilidade de que pequenos erros se intensifiquem em crises maiores. Então, tais suposições são uma importante fonte da prevenção de crise” (WEICK, 1988, p. 313, tradução livre). As suposições da liderança com relação às anomalias e vulnerabilidades influenciam os processos de construção de sentidos realizados pelos demais atores organizacionais, bem como, o próprio desenvolvimento do processo de crise organizacional. Neste sentido, é interessante relacionar estes aspectos apontados por Weick (1988) sobre as expectativas e suposições dos atores organizacionais com algumas considerações de Turner (1976) sobre a influência de crenças e aspectos culturais na ocorrência de uma crise.

Turner (1976) considera que fatores institucionais e culturais podem inibir uma adequada percepção das possibilidades de ocorrência de um desastre. Segundo o autor, “uma falha de percepção pode ser criada, estruturada e reforçada por um conjunto de crenças institucionais, culturais ou sub-culturais e pelas práticas a elas associadas” (TURNER, 1976, p. 388, tradução livre). As considerações do autor com relação à importância do conjunto de

crenças também são enfatizadas quando se discute o período de incubação da crise. Turner (1976, p. 381, tradução livre) define o período de incubação como “a acumulação de um conjunto de eventos que passam despercebidos por estarem em discordância com as crenças aceitas sobre os perigos e sobre as normas para evitá-los”. Neste sentido, a falta de percepção dos sinais de anomalia característicos do período de incubação está relacionada ao conjunto de crenças dos atores organizacionais. Assim, pode-se considerar que além do comprometimento, da capacidade e das expectativas (WEICK, 1988), aspectos culturais e institucionais também interferem nos processos de percepção e de construção de sentidos de um processo de crise organizacional (TURNER, 1976; WEICK *et al.*, 2005).

Enfim, foram abordados diversos aspectos que interferem na construção de sentidos realizada em uma crise, principalmente com relação à fase inicial do processo de crise organizacional caracterizada pela ocorrência de anomalias e vulnerabilidades. Pretende-se realizar a seguir algumas considerações sobre a construção de sentidos, exatamente no momento em que ocorre uma ruptura gerada pela incidência do evento desencadeador.

Considerações sobre a relação entre o *sensemaking* e o processo de crise organizacional no momento [B].

O foco aqui é a análise do que ocorre com o processo de construção de sentidos em um momento de ruptura, gerado pela ocorrência do evento desencadeador. Segundo Weick (1993), ocorre neste momento um colapso do *sensemaking*. Este é o aspecto central da relação entre o momento da ruptura e o *sensemaking* (ROUX-DUFORT, 2007a).

Weick (1993) define a crise como um episódio cosmológico. Segundo o autor,

um episódio cosmológico ocorre quando as pessoas sentem de um modo repentino e profundo que o universo não é um sistema tão racional e ordenado. O que torna este episódio tão avassalador é que tanto o sentido do que está acontecendo, quanto os meios de reconstruir este sentido entram em colapso juntos. (WEICK, 1993, p. 633, tradução livre).

Trata-se, portanto, de uma perda de sentido sobre o está acontecendo e sobre o modo de se construir sentidos, ao menos temporariamente. A ruptura põe em questão justamente o critério de plausibilidade, ou seja, aquilo que até então era considerado como plausível naquele contexto social não é mais. Os atores organizacionais não conseguem atribuir um sentido plausível aos eventos que estão acontecendo.

Weick (1993) demonstra esta situação em uma análise que realiza sobre o caso de um grupo de bombeiros florestais. Em certo momento, durante uma tentativa de combater um incêndio florestal, as chamas tomam proporções inesperadas e incontroláveis e o líder do

grupo ordena que todos abandonem seus pertences e equipamentos de bombeiro para conseguirem correr mais rápido em determinada direção, considerada por ele como uma rota de fuga. Weick (1993) demonstra como a situação gerada por esta ordem do líder provocou uma perda da estrutura organizada de papéis entre o grupo, afinal, se não tinham mais os equipamentos de bombeiros e a missão de apagar o fogo, então, naquele momento não eram mais bombeiros. Esta situação causou um colapso coletivo na construção de sentidos deste grupo sobre a situação de perigo que estavam enfrentando, bem como, sobre os sentidos que estavam sendo construídos com base em suas identidades como bombeiros. O momento de ruptura neste caso está mais relacionado à ordem do líder do grupo do que as condições ambientais mais críticas e perigosas (WEICK, 1993).

Segundo Weick (2001, p. 462, tradução livre) “a experiência é um fluxo contínuo, ela se torna um evento apenas quando são feitos esforços para se estabelecer delimitações em uma porção específica deste fluxo, ou quando alguma interrupção ocorre”. No caso de uma crise organizacional, o fluxo contínuo de experiências que ocorre na organização é interrompido pelo evento desencadeador da crise. Neste sentido, “as crises de modo geral, tipicamente envolvem a interrupção de planos, estruturas cognitivas ou ações que estão em andamento” (WEICK, 1990, p. 578, tradução livre). Todo processo de construção de sentidos que estava em andamento no momento anterior ao evento desencadeador, como vimos há pouco, é interrompido, entra em colapso. Este estado de colapso cria uma condição de grande ambiguidade e incerteza, sendo difícil a definição de quais sinais devem ser selecionados para a construção dos sentidos a partir de então.

Este momento de ruptura é caracterizado pela ocorrência de uma interrupção e de um choque, sendo, portanto, uma ocasião que demanda intensos processos de construção de sentidos (WEICK, 1995). Estes processos de construção de sentidos realizados logo após o momento de ruptura serão abordados a seguir no momento [C].

Por fim, a relação entre o *sensemaking* e o processo de crise organizacional no momento [C].

Segundo Weick *et al.* (2005, p.410) o *sensemaking* é sobre a seguinte questão realizada após a ocorrência de um evento: “Qual é a história aqui?”. Esta pergunta remete justamente ao aspecto central do *sensemaking* neste momento do processo de crise organizacional, ou seja, a busca pela construção de um sentido plausível para o que está acontecendo.

Segundo Weick *et al.* (2005) o *sensemaking* é mobilizado pelo questionamento: “isto é igual ou diferente?”. Dentre as condições favoráveis para que se realizem questionamentos sobre “igual ou diferente”, destacam-se situações envolvendo uma perda dramática de sentido, justamente logo após o momento de ruptura. Quando a situação é tida como diferente, a busca por um significado surge como uma forma de tentar lidar com a incerteza. Diante do diferente, que pode ser vivenciado na forma de surpresas, interrupções, oportunidades, situações de discrepância, dentre outros, são feitos esforços para que se construa um sentido plausível para aquilo que se está enfrentando, para aquilo que está acontecendo de um modo diferente (WEICK *et al.*, 2005). Um novo sentido plausível permite que as expectativas e os projetos interrompidos sejam retomados.

Neste sentido, é interessante o trabalho realizado por Boudes e Laroche (2009). Os autores analisaram relatórios oficiais sobre uma onda de calor que atingiu a Europa no intuito de compreender como o processo de *sensemaking* transforma um evento inesperado em um relato narrativo ordenado e plausível; neste caso, os relatórios.

Os processos de *sensemaking* realizados logo após a ocorrência do evento desencadeador buscam sinais para serem interpretados em um fluxo experiências vivenciadas, tanto nas situações antes da ruptura quanto no período de crise aguda que está sendo enfrentado. Tendo em vista a propriedade retrospectiva do *sensemaking*, considera-se que também serão interpretadas aquelas situações caracterizadas como anomalias e vulnerabilidades organizacionais antecedentes à ruptura (ROUX-DUFORT, 2007a, 2009). Roux-Dufort (2007b) afirma que após um momento de ruptura os líderes da organização encontram-se “em uma posição de dar um novo significado às suas ações, uma posição em que eles nunca estiveram antes. Isto lança as luzes, através do *sensemaking* retrospectivo, nos processos de incubação da crise [...]” (ROUX-DUFORT, 2007b, p. 110, tradução livre). Neste sentido, com base em Turner (1976), considera-se que o evento desencadeador faz com que seja inevitável uma mudança na percepção geral dos eventos que compunham o período de incubação.

Tendo como base estas considerações, verifica-se uma reflexão importante sobre a relação entre o *sensemaking* e o processo de crise organizacional neste ponto de intersecção. É possível questionar se algumas anomalias e vulnerabilidades organizacionais não seriam caracterizadas enquanto tais, apenas no processo retrospectivo de *sensemaking* realizado após a ruptura que desencadeia a crise? Ou seja, numa tentativa de busca pela plausibilidade em meio à crise, retrospectivamente a atenção se volta para algumas situações e características

anteriores à ruptura que de algum modo podem explicar sua ocorrência, sendo estas, agora, interpretadas e rotuladas como vulnerabilidades organizacionais. Neste sentido, Starbuck e Milliken (1988 *apud* Weick, 1995 p.28) consideram que se determinado resultado é percebido como ruim, então seus antecedentes serão reconstruídos de modo a se enfatizar ações incorretas, análises imperfeitas e percepções imprecisas, mesmo que tais falhas não tenham sido influentes e nem eram tão óbvias anteriormente. Trata-se, portanto, de uma reflexão sobre uma diferença de visibilidade das anomalias e vulnerabilidades, antes da ocorrência do evento desencadeador e após sua ocorrência. Entende-se que esta questão da visibilidade das anomalias e vulnerabilidades está intimamente relacionada ao processo de ignorância gerencial, conforme apresentado anteriormente.

Enfim, pretende-se enfatizar que as relações apresentadas ao longo deste tópico entre o processo de crise organizacional e a construção de sentidos devem ser compreendidas de um modo integrado conforme a característica de processo contínuo do *sensemaking*. As divisões entre os momentos [A], [B] e [C] foram realizadas apenas no intuito de organizar e facilitar a compreensão de possíveis relações entre a construção de sentidos e a crise organizacional.

2.4.2 Relações entre os processos de *sensemaking* e de *strategizing*

Um aspecto em comum entre a construção de sentidos e a perspectiva da estratégia como prática é a importância dada à ação das pessoas. A estratégia como prática entende a estratégia como algo que as pessoas fazem, foca a atenção nas atividades realizadas pelos praticantes no processo de fazer estratégia. A ação e a interação dos atores são aspectos essenciais no entendimento da estratégia como prática (WHITTIGTON, 1996, 2002b; 2006; JARZABKOWSKI, 2005; JARZABKOWSKI *et al.*, 2007).

Neste sentido, para Weick (1995) a ação das pessoas também é um aspecto central no processo de construção de sentidos. O *sensemaking* remete a uma contínua inter-relação entre ação e interpretação (WEICK *et al.*, 2005). Weick (1995) considera que o *sensemaking* está intimamente relacionado ao *enactment*, ou seja, a criação na ação. O autor afirma que o “conceito de *sensemaking* enfatiza a ação, a atividade, e a criação que estabelece os traços que são interpretados e reinterpretados” (WEICK, 1995, p. 13). Primeiro as pessoas agem e depois, retrospectivamente, procuram construir sentidos plausíveis para estas ações. Ou seja, o *sensemaking* é guiado pela ação (WEICK, 1995).

Assim, propõe-se que as ações que direcionam o processo de construção de sentidos sejam consideradas como as atividades realizadas pelos praticantes no processo de fazer estratégia (*strategizing*), ou seja, a *praxis* estratégica. Há, portanto, uma conexão entre os processos de *sensemaking* e de *strategizing* na medida em que ambos compartilham de uma mesma ação; a ação (atividade) do praticante é simultaneamente um elemento do fazer estratégia e da construção de sentidos.

Outro aspecto interessante pode ser verificado com relação ao processo de fazer estratégia, mais especificamente com o *strategizing* interativo, conforme proposto por Jarzabkowski (2005). Segundo a autora, trata-se da realização de interações face a face para moldar a estratégia, geralmente por uma iniciativa de gestores. O *strategizing* interativo pode ser entendido como um modo interpretativo de mediar a estratégia, e que remete a um engajamento ativo dos gestores no processo de fazer estratégia (JARZABKOWSKI, 2005). Segundo Jarzabkowski

a interação face a face é então um recurso social poderoso que os gestores podem usar para focar a atenção organizacional em suas próprias interpretações da estratégia (Simons, 1991, 1994). Por meio da interação face a face os gestores podem comunicar diretamente seus próprios referenciais de significados sobre a atividade para moldar o comportamento dos outros. (JARZABKOWSKI, 2005, p. 57, tradução livre).

Assim, considera-se que o *strategizing* interativo remete a processos de comunicação que ocorrem nas interações entre os gestores e demais atores organizacionais, principalmente com o intuito de se estabelecer interpretações e significados comuns sobre as atividades relacionadas ao fazer estratégia. Portanto, o *strategizing* interativo pode ser entendido como um processo de construção de sentidos. Esta relação é verificada quando os seguintes aspectos do *sensemaking* são considerados: é um processo social, ocorre em momentos de interação e argumentação, remete a questões de linguagem, fala e comunicação (WEICK, 1995; WEICK *et al.*, 2005).

Estas situações de interação face a face como uma tentativa dos gestores de moldar o processo de fazer estratégia por uma via interpretativa e de significados, remetem às considerações de Gioia e Chittipeddi (1991) sobre o *sensemaking* e o *sensegiving*. Estes autores tratam mais especificamente da construção de sentidos em processos de mudança estratégica (que será abordado com mais detalhes no tópico seguinte). O *sensegiving* é entendido como um processo em que determinado ator tenta influenciar a construção de sentidos de outros atores, conforme seus próprios interesses e conforme os sentidos que atribuiu a determinado contexto ou situação (GIOIA e CHITTIPEDDI, 1991). A partir dos

conceitos destes autores, considera-se que o *strategizing* interativo também pode ser compreendido como um processo em que os gestores pretendem moldar o fazer estratégia utilizando processos de *sensegiving* (GIOIA e CHITTIPEDDI, 1991; JARZABKOWSKI, 2005).

O *strategizing* interativo pode ser relacionado ainda às rotinas e conversações realizadas por gestores intermediários, conforme apresentado por Rouleau (2005). Segundo a autora os gestores realizavam um conjunto de micro-práticas em seu dia-a-dia voltadas para a realização de um processo de mudança na organização.

Montenegro e Bulgacov (2009) analisaram como os atores constroem sentidos sobre as práticas estratégicas realizadas em duas instituições de ensino superior. Os autores apresentam uma relação interessante entre práticas estratégicas e a construção de sentidos, ao concluir que o comprometimento dos praticantes nas práticas e atividades estratégicas é diretamente relacionado ao modo como estes constroem sentidos sobre as práticas (MONTENEGRO e BULGACOV, 2009). Assim, estas considerações também reforçam a relação de influência recíproca entre as práticas estratégicas e o *sensemaking*.

A busca pela compreensão do processo de construção de sentidos em determinado grupo ou organização remete à necessidade de um entendimento das atividades e práticas estratégicas realizadas no grupo. O grupo é entendido como um conjunto de indivíduos que realizam atividades inter-relacionadas (WEICK e ROBERTS, 1993). Segundo Wilson e Jarzabkowski,

as atividades localizadas de um grupo se tornaram um foco-chave dos pesquisadores que vêem tais comunidades como sistemas de atividades em que o contexto do grupo fornece uma estrutura interpretativa para o *sensemaking* e para a ação (WILSON e JARZABKOWSKI, 2004, p. 17).

Esta afirmação dos autores enfatiza a importância de se considerar a influência do contexto e das atividades do grupo na construção de sentidos. Como propõe Weick (1995), o contexto e as interações sociais são aspectos importantes na construção dos sentidos. O contexto tem uma grande influência na questão da plausibilidade, ou seja, a definição sobre determinado sentido ser plausível ou não está relacionada ao contexto social no qual se está inserido. Assim, compreender a estratégia em seu micro contexto (JARZABKOWSKI, 2004), considerando as atividades, práticas e interações sociais que a compõem, é um fator relevante para o entendimento dos processos de construção de sentidos que ocorrem em determinado grupo ou organização.

3. MÉTODO

3.1. PRINCÍPIO EPISTEMOLÓGICO

Inicialmente serão apresentadas algumas considerações sobre o princípio epistemológico adotado nesta pesquisa, pois, segundo Creswell (2007), as escolhas metodológicas são alinhadas e orientadas a partir de um pressuposto epistemológico.

A pesquisa foi conduzida com base no paradigma interpretativista (BURRELL e MORGAN, 1979; HATCH e YANOW, 2003; VERGARA e CALDAS, 2005). Segundo Hatch e Yanow (2003) as abordagens interpretativas defendem que o mundo social difere do mundo físico e natural pela capacidade do ser humano de construir e atribuir significados às coisas e experiências que vivencia. Para estes autores, as ciências humanas e sociais precisam considerar os significados que as pessoas atribuem às situações sociais pesquisadas, compreendendo “como os grupos, e os indivíduos que os constituem, desenvolvem, expressam e comunicam este significado” (HATCH e YANOW, 2003, p. 66). No paradigma interpretativista o mundo social é entendido como um processo social emergente criado pelos indivíduos, a realidade social é produto da experiência subjetiva e intersubjetiva (BURRELL e MORGAN, 1979; MORGAN, 2007).

Com base na distinção dos paradigmas realizada por Burrell e Morgan (1979), Vergara e Caldas (2005) enfatizam que no interpretativismo há um questionamento sobre o objetivismo característico do paradigma funcionalista, predominante no campo dos estudos organizacionais. Segundo os autores,

para os funcionalistas, as organizações são objetos tangíveis, concretos e objetivos. Para os interpretacionistas, as organizações são processos que surgem das ações intencionais das pessoas, individualmente ou em harmonia com as outras. Elas interagem entre si na tentativa de interpretar e dar sentido ao seu mundo. A realidade social é, então, uma rede de representações complexas e subjetivas. (VERGARA e CALDAS, 2005, p. 67).

Assim sendo, os pressupostos básicos do paradigma interpretativista alinham-se à compreensão processual das organizações. Nesta pesquisa, em particular, foram investigados os processos *sensemaking* (WEICK, 1995) e *strategizing* (JARZABKOWSKI, 2005; WHITTINGTON, 2006) em um processo de crise organizacional (ROUX-DUFORT; 2007a; 2007b; 2009).

Importante observar que para Morgan (2007) os estudos de Weick sobre o *sensemaking* se constituem como uma abordagem interpretativa para a análise das

organizações. Na verdade, Daft e Weick (2007) propõem que as organizações sejam consideradas como sistemas interpretativos. Segundo os autores, “a construção de interpretações sobre o ambiente é uma necessidade básica dos indivíduos e das organizações” (DAFT e WEICK, 2007, p. 236). Para Daft e Weick (2007), as organizações criam o ambiente num processo de construção da realidade, que se dá essencialmente por processos de interpretação, onde “a interpretação pode moldar o ambiente mais que o ambiente molda a interpretação” (DAFT e WEICK, 2007, p. 241). Portanto, nesta perspectiva as organizações são sistemas de significados (DAFT e WEICK, 2007).

A realização da pesquisa a partir de uma perspectiva interpretativista pressupõe que o pesquisador analise os dados tendo em vista a busca pela compreensão das experiências dos sujeitos, ou seja, que ele adote como referência a interpretação dos sujeitos sobre suas próprias experiências (BABBIE, 1998; HATCH e YANOW, 2003; VERGARA e CALDAS, 2005). Neste sentido, Creswell (2007 p.26) enfatiza que a pesquisa deve “basear-se o máximo possível nas visões que os participantes têm da situação que está sendo estudada”. Portanto, as escolhas metodológicas realizadas visaram à compreensão das percepções, interpretações e significados atribuídos pelos informantes às experiências vividas no Hospital de Clínicas da UFPR durante a pandemia de influenza A/H1N1 (2009).

3.2 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Esta pesquisa tem o propósito de responder o seguinte problema:

Como ocorreram os processos de *sensemaking* e *strategizing* no Hospital de Clínicas da UFPR durante a pandemia de influenza A/H1N1 (2009)?

3.2.1 Perguntas de Pesquisa

Tendo em vista o problema de pesquisa pretende-se responder às seguintes perguntas de pesquisa:

1. Como se caracteriza o Hospital de Clínicas – UFPR?
2. Como se caracteriza a pandemia de Influenza A/H1N1 (2009)?
3. Como se desenvolveu a crise organizacional do Hospital de Clínicas – UFPR durante a pandemia de Influenza A/H1N1 (2009)?
4. Como se deu o processo de *sensemaking* durante a crise?
5. Como se deu o processo de *strategizing* durante a crise?

6. Como os processos de *sensemaking* e *strategizing* estavam relacionados durante a crise?

3.2.2 Categorias de Análise – Definições Constitutivas e Operacionais

As categorias de análise da presente pesquisa foram: crise organizacional, processo de *sensemaking*, e processo de *strategizing*. Estas categorias, bem como as relações entre as mesmas, são representadas a seguir na Figura 6.

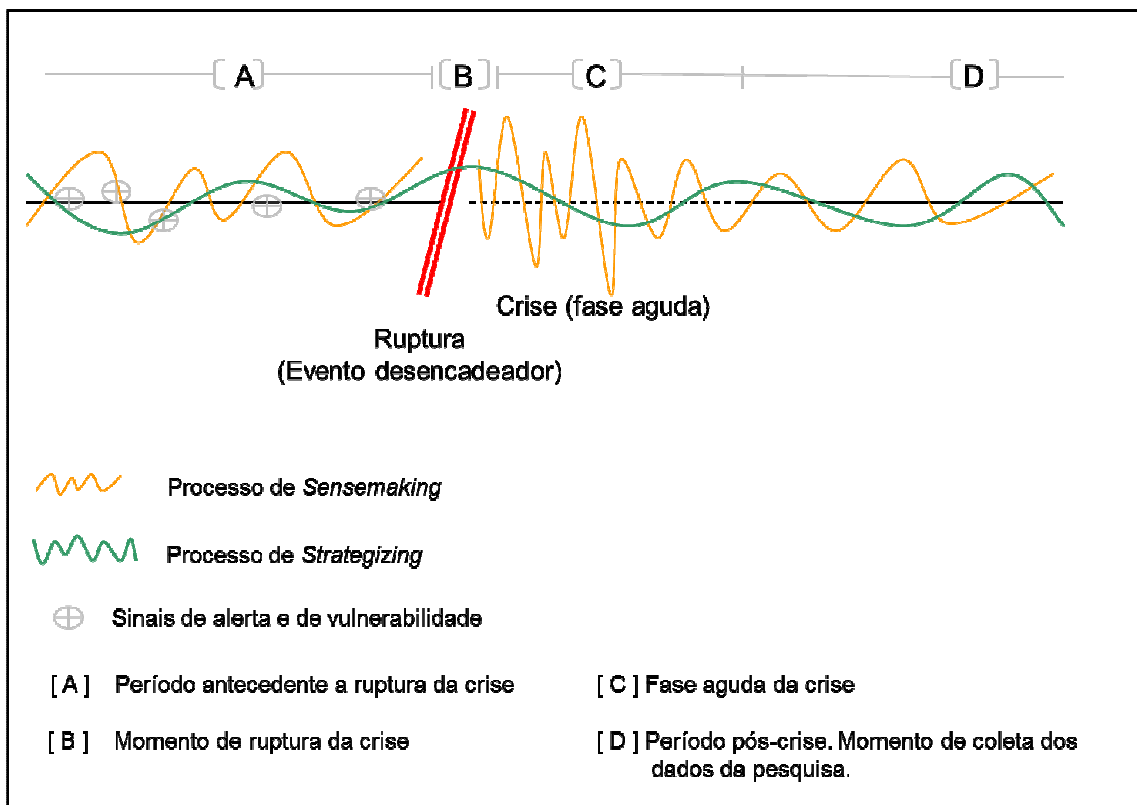


Figura 6. Categorias de Análise: crise organizacional, processo de *sensemaking* e processo de *strategizing*.

Fonte: Desenvolvido pelo autor.

A tentativa de representar graficamente processos complexos como os aqui considerados, e ainda, possíveis relações entre os mesmos, exige um esforço de síntese e simplificação que impõe limitações quanto à expressão de características particulares de cada um destes processos. Por exemplo, a representação do *strategizing* como uma simples linha não contempla a visualização dos elementos sob o quais se fundamenta, ou seja, as práticas estratégicas, a *práxis* e os praticantes.

Para minimizar as limitações da representação gráfica e especificar o estudo realizado são apresentadas a seguir as definições constitutivas e operacionais de cada categoria de análise.

Crise Organizacional:

Definição Constitutiva: É caracterizada como uma situação de alto impacto e ameaça à organização, de grande ambigüidade e incerteza quanto às causas e conseqüências, e que requer ações e decisões urgentes. A crise organizacional, considerada a partir de enfoque processual, desenvolve-se a partir de sinais de alerta e de vulnerabilidade característicos de um período antecedente da crise, seguido do evento desencadeador que provoca um momento de ruptura, considerado como o início da crise em sua fase aguda, e por fim um período de pós-crise (TURNER, 1976; PEARSON e CLAIR, 1998; ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b, 2009).

Definição Operacional: Foram analisados relatos e documentos que abordaram as seguintes características: sinais de alerta e de vulnerabilidade, ruptura da rotina organizacional, alterações e impactos no funcionamento da organização, situações de ambigüidade e incerteza. Estes elementos foram identificados pela análise de conteúdo das entrevistas e grupos focais, bem como pela análise documental.

Processo de *sensemaking*:

Definição Constitutiva: Refere-se ao processo pelo qual as pessoas constroem retrospectivamente sentidos plausíveis para as experiências e situações que elas vivenciaram, bem como, para as ações e atividades que realizaram. O *sensemaking* é entendido como um processo social construído em momentos de interação, bem como, a partir de uma constante inter-relação entre ação e interpretação. O processo de *sensemaking* é intensificado diante de interrupções nos fluxos de experiências das pessoas, ocasiões caracterizadas pela ambigüidade e incerteza (WEICK, 1995; WEICK *et al.*, 2005).

Definição Operacional: O processo de *sensemaking* foi considerado a partir de relatos sobre os sentidos construídos nas interações e processos de comunicação entre os atores organizacionais, como por exemplo, durante a realização de reuniões. As ações e as crenças das pessoas com relação à situação vivenciadas ou eventos foram entendidas como elementos

característicos do processo de *sensemaking*. Estes aspectos foram observados nos relatos resultantes das entrevistas individuais e grupos focais.

Processo de *strategizing*:

Definição Constitutiva: Refere-se ao processo de fazer estratégia, resultante da inter-relação entre praticantes, *praxis* e práticas estratégicas. O processo de *strategizing* é caracterizado por um conjunto de atividades, interações e de práticas (tradições, rotinas, normas) realizadas pelos praticantes no intuito de realizar determinada estratégia (WHITTINGTON, 2006; JARZABKOWSKI *et al.*, 2007).

Definição Operacional: Foram analisados depoimentos que caracterizam os atores organizacionais como praticantes, bem como, falas e documentos que mencionaram atividades e práticas estratégicas, tais como: realização de reuniões, elaboração do planejamento estratégico, definição de medidas para o controle de infecção hospitalar, rotinas administrativas, formas de obtenção de recursos, etc. Os aspectos característicos do processo de *strategizing* foram identificados na análise de conteúdo das entrevistas, grupos focais e documentos.

3.2.3 Definição de Outros Termos Relevantes

São apresentadas a seguir as definições de outros termos utilizados na pesquisa.

Sinais de alerta e de vulnerabilidade:

Os sinais de alerta indicam a possibilidade de ocorrência de uma crise. Estes sinais também podem demonstrar situações de maior vulnerabilidade da organização (sinais de vulnerabilidade), ou seja, aquelas em que ela se encontra mais suscetível a eventos adversos. Os sinais de alerta e de vulnerabilidade podem se manifestar em situações nas quais ocorram incidentes, falhas, negligências e anomalias organizacionais (TURNER, 1976; KOVOOR-MISRA, 1995; ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b; LAGADEC, 2009).

Práticas estratégicas:

São um conjunto de comportamentos rotineiros e compartilhados que compõem o processo de fazer estratégia (WHITTINGTON, 2006). Segundo Jarzabkowski (2004, p.545) “as práticas

são as tradições, normas, regras e rotinas através das quais o trabalho de estratégia é construído”. As práticas estratégicas podem ser agrupadas em três grandes categorias: práticas racional-administrativas, práticas discursivas, práticas episódicas (JARZABKOWSKI, 2005).

Práxis estratégica:

São as ações e atividades efetivamente realizadas pelos praticantes no processo de *strategizing*, considerando-se, ainda, as interações que ocorrem entre estes praticantes durante a realização do trabalho de fazer estratégia (WHITTINGTON, 2002a; JARZBKOWSKI, 2004).

Praticantes:

Os praticantes “são aqueles que fazem o trabalho de criar, moldar e executar as estratégias” (WHITTINGTON, 2006, p. 619), podendo ser diretores, gerentes intermediários, consultores, funcionários, etc. (JARZABKOWSKI, 2005)

3.3 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA

Este estudo se caracteriza como uma **pesquisa qualitativa** (GODOY, 1995; DENZIN e LINCOLN, 1998; RICHARDSON, 1999; CRESWELL, 2007). A estratégia de pesquisa adotada foi de **estudo de caso** (YIN, 1981, 2005; STAKE, 2005; GODOY, 2006), com propósito **descritivo** (BABBIE, 1998; RICHARDSON, 1999), e delineamento temporal de **corte transversal com aproximação longitudinal** (BABBIE, 1998; RICHARDSON, 1999).

Tendo em vista as categorias de análise, o problema de pesquisa e a abordagem interpretativista, considerou-se mais pertinente a realização de uma pesquisa qualitativa, pois, segundo Richardson (1999 p.90), a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como uma “tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados”. Para Denzin e Lincoln (1998, p. 3) “pesquisadores qualitativos estudam as coisas em seu contexto natural, tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas atribuem a eles”. Assim sendo, a pesquisa qualitativa é coerente com o enfoque interpretavista adotado.

Entende-se que o estudo sobre o processo de *sensemaking*, considerando sua característica social, contextual, e relacionado a processos de comunicação (WEICK, 1995; WEICK *et al.*, 2005), pode ser melhor compreendido com a realização de um estudo de caso

qualitativo. Esta opção também se mostra adequada com relação ao estudo *strategizing*, já que, segundo Johnson *et al.* (2007), o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa em profundidade é uma premissa central para um estudo na perspectiva da estratégia como prática. Segundo os autores, é preciso

conduzir entrevistas e outras formas de interação com os membros da organização para compreender as interpretações que as pessoas atribuem a estas atividades, e coletar os artefatos do processo de fazer estratégia, tal como atas de reuniões, relatórios, apresentações de slides, etc. (JOHNSON *et al.*, 2007, p. 52-53, tradução livre).

Os autores ressaltam um aspecto considerado central na pesquisa qualitativa, a busca do pesquisador em captar e compreender as interpretações dos atores sobre as experiências e atividades que realizam.

A opção pela realização de um estudo de caso foi fundamentada nas proposições de Yin (2005) e Stake (2005). Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia adequada quando “se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto de vida real” (YIN, 2005, p. 19). Além disso, Merriam (1998 *apud* GODOY, 2006) afirma que o estudo de caso é recomendado quando o pesquisador tem grande interesse pela compreensão dos processos sociais que ocorrem em determinado contexto, mais especificamente no entendimento em profundidade de determinada situação, enfatizando o significado desta situação para as pessoas envolvidas.

A pesquisa realizada se caracterizou como um estudo de caso instrumental único. Segundo Stake (2005), em um estudo de caso instrumental é analisado um caso particular para promover uma compreensão de algo que interessa ao pesquisador. Tal interesse não está especificamente relacionado ao caso em si, mas sim a algo que pode ser melhor compreendido por meio do estudo de caso. Neste estudo, interessava compreender os processos de *sensemaking* e *strategizing* em um processo de crise.

Assim sendo, foi feita uma descrição dos processos de *sensemaking* e *strategizing* durante uma crise organizacional. A pesquisa foi um estudo descritivo, o qual, segundo Richardson (1999), é realizado quando se deseja descrever características de um fenômeno. Neste mesmo sentido, Babbie (1998) afirma que um dos propósitos dos estudos em ciências sociais é justamente a descrição de situações e eventos.

Optou-se por um delineamento temporal de corte transversal com aproximação longitudinal (BABBIE, 1998; RICHARDSON, 1999). Richardson (1999) destaca que grande

parte das questões abordadas por pesquisadores sociais remete a alguma noção de mudança no tempo. Processos de mudança podem ser pesquisados em delineamentos temporais longitudinais, porém, nem sempre o pesquisador dispõe de recursos ou tempo para realizar uma pesquisa longitudinal. Neste caso, é possível a utilização de um delineamento de corte transversal que busca uma aproximação com o delineamento longitudinal. Isto é feito quando as questões formuladas aos participantes da pesquisa remetem a situações e eventos passados (BABBIE, 1998; RICHARDSON, 1999), tal qual foi realizado neste estudo.

3.3.1 Seleção do Caso

O caso estudado foi referente à crise ocorrida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) durante a pandemia de Influenza A/H1N1 no ano de 2009. O HC-UFPR foi selecionado pela relevância e posição diferenciada que ocupou no contexto da pandemia de Influenza A/H1N1 no estado do Paraná, mais especificamente em Curitiba e região metropolitana, já que foi o hospital de referência para o encaminhamento e tratamento dos pacientes infectados (ou com suspeita) pelo vírus influenza A/H1N1.

Tendo em vista a busca de informações sobre a experiência do HC durante a pandemia de influenza A/H1N1, inclusive para avaliar a possibilidade de seleção do caso, o pesquisador participou de dois seminários promovidos pelo HC e pela UFPR sobre a problemática da pandemia de Influenza A/H1N1. O primeiro seminário foi realizado em novembro de 2009 com o título “Epidemias e Pandemias: estratégias e desafios”, e o segundo ocorreu em abril de 2010 com o título “UFPR x H1N1: mesa redonda”, ambos na cidade de Curitiba-PR. A participação nestes eventos forneceu subsídios para que fosse confirmada a relevância de se analisar o caso do HC, principalmente em função do papel que este desempenhou como hospital de referência.

3.3.2 Nível e Unidade de Análise

A pesquisa foi realizada tendo em vista o nível de análise organizacional, pois se entende que a crise é um fenômeno relacionado à organização como um todo. Segundo Babbie (1998, p. 93, tradução livre) “as unidades de análise em um estudo são tipicamente também as unidades de observação”, sendo que neste estudo foram observados fatos e relatos

descritos pelos informantes sobre o hospital durante a pandemia. Para Babbie (1998) a definição adequada da(s) unidade(s) de análise indica e delimita as observações realizadas, principalmente com relação a “quem” ele deve observar e “o que” deve ser observado.

Segundo Godoy (2006, p. 128) “dentro de cada caso existem, provavelmente, múltiplos espaços a ser visitados, eventos ou atividades a ser observados, pessoas a ser entrevistadas e documentos a ser examinados”. Assim, é importante considerar as seguintes questões: onde observar? Quando observar? Quem observar? O que observar? Como observar? (GODOY, 2006). Em virtude de tais considerações, foram consideradas as seguintes unidades de análise: (i) Comitê de Gripe do HC; (ii) alta administração (diretores e gerentes de unidade); (iii) funcionários e profissionais dos setores de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar; (iv) funcionários e profissionais do setor de Recursos Humanos; (v) funcionários e profissionais do setor de Comunicação Institucional; (vi) funcionários e profissionais da Unidade de Urgência e Emergência e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No desenvolvimento da pesquisa, conforme indicações e disponibilidade dos informantes, descartou-se o intuito inicial de entrevistar um representante do setor de Recursos Humanos.

Os sujeitos da pesquisa foram indivíduos que trabalham no Hospital de Clínicas da UFPR, incluindo profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), diretores, gerentes e coordenadores, bem como, outros funcionários de cargos administrativos. Para definição dos sujeitos entrevistados foi utilizada a técnica de amostragem “bola de neve” (BABBIE, 1998), em que cada participante da pesquisa indica outro possível participante, conforme a sua percepção com relação a possíveis contribuições desta pessoa para a pesquisa. Todos os sujeitos entrevistados trabalhavam no Hospital de Clínicas - UFPR entre janeiro de 2009 e a data de realização da entrevista. Não foram estabelecidos critérios com relação a sexo, faixa-etária, ou tipo de vínculo empregatício (estatutário, celetista ou terceirizado). As pessoas foram convidadas para participar voluntariamente da pesquisa, tais participantes são apresentados no tópico seguinte.

3.3.3 Coleta e Análise dos Dados

Segundo Yin (2005), na realização de estudos de caso, as fontes de evidências mais comuns são: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Para Yin (2005), um aspecto fundamental no estudo de caso é

a utilização de fontes múltiplas de evidências, principalmente no intuito de que seja realizada a triangulação de dados (YIN, 2005; STAKE, 2005). Na pesquisa realizada os dados foram coletados através da utilização das seguintes técnicas: análise documental, entrevista semi-estruturada e grupo focal (*focus group*) (YIN, 2005; GODOY, 2006; FREITAS e OLIVEIRA, 2006; CRESWELL, 2007).

Para análise documental foram analisados os seguintes documentos: planejamento estratégico do HC (2007-2011); relatório de atividades do HC referente ao ano de 2009; site do HC; boletins epidemiológicos emitidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (SESA-PR) e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS); informativos internos do HC emitidos durante a pandemia; jornal interno do HC; e matérias publicadas em jornais de circulação estadual que abordaram temas referentes à pandemia de influenza A/H1N1. Estas matérias publicadas em jornais foram fornecidas pela Assessoria de Marketing Institucional do HC. Inicialmente pretendia-se analisar as atas das reuniões do Comitê de Gripe do HC, porém, verificou-se que não foram realizadas atas destas reuniões.

Segundo Yin (2005) as entrevistas são uma fonte essencial de informações em um estudo de caso. Para Godoy (2006, p. 134) “a entrevista semi-estruturada tem como objetivo principal compreender os significados que os entrevistados atribuem às questões e situações relativas ao tema de interesse”. A partir das informações descritas na linguagem do próprio entrevistado, o pesquisador pode compreender alguns aspectos sobre como o sujeito interpreta as situações e fenômenos pesquisados.

As entrevistas individuais semi-estruturadas foram realizadas com base no roteiro disponível no apêndice A. Ao todo foram realizadas 15 entrevistas durante o período de 22 de setembro a 10 de dezembro de 2010. As entrevistas tiveram duração entre 30 minutos e 1 hora e 20 minutos. A relação dos participantes da pesquisa, incluindo as entrevistas e os grupos focais realizados, é apresentada no quadro a seguir:

Quadro 1. Relação de entrevistas e grupos focais realizados na pesquisa.

Entrevistados	Área/Setor	Data da entrevista
E1	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	22/9
E2	Direção de Assistência	21/10
E3	Direção de Assistência	22/10
E4	Unidade de Urgência e Emergência	25/10
E5	Infectologia	1/11
E6	Direção Administrativa	11/11
E7	Epidemiologia	11/11
E8	Assessoria de Marketing Institucional	12/11
E9	Unidade de Abastecimento	17/11
E10	Epidemiologia	17/11
E11	UTI Adulto	23/11
E12	Qualidade/Acreditação Hospitalar	26/11
E13	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba	1/12
E14	Direção Geral	9/12
E15	Anatomia Patológica	10/12
Grupo Focal (GF)	Participantes	Data do GF
GF1	4 Profissionais da Equipe de Epidemiologia	17/11
GF2	Integrantes do Comitê da Gripe (E1, E2, E4, E10)	9/12

Fonte: elaborado pelo autor.

Os primeiros contatos foram realizados com a Entrevistada 10, sendo que a mesma prestou auxílio nos procedimentos para protocolar a proposta de pesquisa junto ao Comitê de Ética do HC, sendo necessária a aprovação deste para o início da pesquisa no hospital. Esta entrevistada também facilitou o contato com alguns entrevistados e o agendamento de entrevistas. Foram realizadas tentativas de agendar entrevistas com profissionais representantes do setor de Recursos Humanos, porém, não foi possível realizar as mesmas por impossibilidade dos profissionais. Também foi realizada uma breve entrevista com uma funcionária do Ambulatório dos Funcionários, porém, a mesma não foi utilizada na análise dos dados já que a entrevistada não autorizou a gravação da entrevista. Por uma questão de padronização na análise dos dados, realizada a partir da transcrição das entrevistas gravadas, optou-se pela não inclusão desta entrevista.

Como é possível observar no quadro 1., a entrevistada 13 é uma profissional de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Seguindo o método “bola de neve” (BABBIE, 1998) de seleção de participantes, optou-se pela realização desta entrevista já que esta profissional foi indicada pelos entrevistados E1 e E10. Tendo em vista a relação de interdependência entre o HC e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba durante a pandemia de gripe A/H1N1, decidiu-se pela inclusão desta participante.

Outra técnica de coleta de dados utilizada foi a de grupo focal, definido como “um tipo de entrevista em profundidade realizada em grupo, cujas reuniões têm características definidas quanto à proposta, ao tamanho, à composição e aos procedimentos de condução” (FREITAS e OLIVEIRA, 2006, p. 326). Trata-se de um modo de coleta de dados em que a partir de tópicos ou questões propostas pelo moderador (pesquisador) os participantes envolvem-se em interações e discussões sobre o tema proposto. Segundo Freitas e Oliveira,

o uso do *focus group* é particularmente apropriado quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma idéia ou um evento, visto que a discussão durante as reuniões é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou, ainda, sobre a forma como agem. (FREITAS e OLIVEIRA, 2006, p. 326).

Entende-se que o grupo focal é uma técnica de coleta de dados adequada para a compreensão sobre como os atores organizacionais construíram sentidos sobre a situação de crise. Segundo Weick (1995) o *sensemaking* é social, sendo construído por meio de interações e processos de argumentação e discussão (WEICK, 1995). Optou-se pela realização de grupos focais para complementar os dados coletados nas entrevistas porque este instrumento de coleta de dados propicia a interação e a discussão entre os participantes, permitindo ao pesquisador observar as formas de interação entre os informantes e o compartilhamento de significados no processo coletivo de *sensemaking*. Como afirmam Freitas e Oliveira (2006) esta técnica é adequada quando se pretende explicar como as pessoas consideram determinadas experiências ou eventos.

Foram realizados dois grupos focais, conforme indicado no quadro acima. O primeiro foi realizado com 4 integrantes do Serviço de Epidemiologia do HC, sendo 3 enfermeiras e 1 funcionária administrativa. O segundo foi realizado com 4 integrantes do Comitê de Gripe do HC, sendo que, todos eles já haviam sido entrevistados individualmente. Para este grupo focal foi elaborado um roteiro de tópicos diferente daquele utilizado nas entrevistas, conforme consta no apêndice B.

O critério para a definição do número de participantes da pesquisa foi o de saturação no conteúdo das entrevistas e grupos focais, ou seja, quando as temáticas abordadas pelos participantes se tornaram recorrentes.

Os dados coletados foram interpretados por uma análise de conteúdo categorial temática (BARDIN, 2004). Segundo Bardin (2004), o “tema” pode ser uma das unidades de registro no processo de análise dos dados.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. (BARDIN, 2004, p. 99).

A definição dos temas foi realizada do seguinte modo. Após a transcrição do conteúdo das entrevistas e grupos focais, realizou-se uma leitura atenta do texto sinalizando os temas abordados em diferentes fragmentos deste material. Na seqüência, foram agrupados os relatos pertencentes ao mesmo tema. Adotou-se o critério de exclusividade (BARDIN, 2004), sendo que cada relato só foi considerado em um único grupo temático. Estes temas foram reunidos em três grandes categorias: crise organizacional, processo de *sensemaking* e processo de *strategizing*.

3.4 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

As escolhas relacionadas à realização da pesquisa implicam em algumas limitações metodológicas (CRESWELL, 2007).

A primeira limitação refere-se à opção pelo delineamento temporal de corte transversal com aproximação longitudinal. Considera-se que os fenômenos analisados, ou seja, a crise organizacional, o processo de *sensemaking* e o processo de *strategizing* teriam sido apreendidos e analisados de modo mais adequado em uma pesquisa com delineamento temporal longitudinal. Contudo, não foi possível realizar a pesquisa com este delineamento devido ao fato de que a pandemia de Influenza A/H1N1 teve início em abril de 2009, período no qual a proposta de pesquisa ainda não estava estruturada. Assim, surge uma limitação relacionada à natureza dos dados coletados, já que são resultantes de lembranças dos participantes sobre os eventos e situações ocorridos no passado, sem que fosse possível a triangulação de dados coletados por meio de observações diretas do pesquisador.

Outra limitação é decorrente do método “bola de neve” (BABBIE, 1998) utilizado na seleção dos participantes da pesquisa. Apesar de proporcionar uma seleção coerente de participantes, ou seja, pessoas que efetivamente estiveram envolvidas com as ações realizadas durante a situação de crise, este método dificultou o agendamento das entrevistas. Como os participantes não haviam sido previamente definidos, não foi possível realizar contatos com antecedência. Era necessário aguardar a indicação de outros informantes pelo entrevistado na ocasião de sua entrevista. A partir daí, foram iniciadas as tentativas de agendamento com os informantes indicados. Ainda com relação a esta limitação, mesmo tendo o contato dos

participantes (telefone ou e-mail), em muitos casos houve grande dificuldade com relação à disponibilidade de data e horário dos mesmos. Ocorreram situações em que entrevistas foram agendadas, porém, no horário marcado surgiram demandas de trabalho para os profissionais, não sendo possível entrevistá-los. O agendamento dos grupos focais foi ainda mais difícil, considerando a necessidade da combinação de um horário em comum entre os participantes do grupo.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados na pesquisa são aqui simultaneamente apresentados e analisados visando à resposta das perguntas de pesquisa. Inicialmente descreve-se o Hospital de Clínicas da UFPR e a pandemia de Influenza A/H1N1 ocorrida em 2009. A seguir, analisa-se o processo de crise organizacional ocorrido no HC durante a pandemia. Por fim, foram analisados os processos de *sensemaking* e *strategizing* durante esta crise.

4.1 O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

O Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) está localizado no município de Curitiba - PR. Inaugurado em 05 de agosto de 1961, sua construção se deu pela necessidade do Estado do Paraná de ter um hospital geral para atendimento da população, bem como, pelo interesse da UFPR em ter um hospital que possibilitasse o treinamento dos alunos do curso de medicina (HC, 2010).

O HC é o maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários federais do país. Com foco no atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), o hospital não realiza atendimentos particulares ou via convênio (HC, 2010). A missão do HC é “prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão” (HC, 2009, p. 7). O HC é classificado pelo SUS como um hospital de nível terciário, ou seja, voltado para o atendimento de casos de média e alta complexidade (HC, 2010).

A estrutura física do HC compreende cerca de 66 mil m² de área construída, 261 salas de atendimento e 643 leitos. Em 2009 foram realizados 855.505 atendimentos, 8.590 cirurgias, 1.452 partos e 17.760 internações (HC, 2009). Neste mesmo ano o HC possuía 3.514 funcionários em seu quadro, sendo que destes, 2.049 eram funcionários do Ministério da Educação, 1.050 eram contratados pela Fundação da UFPR (FUNPAR), 412 eram funcionários terceirizados e 3 cedidos (HC, 2009).

Em 2002 o hospital começou a implantar um projeto de reestruturação organizacional e gerencial focado na constituição de Unidades Funcionais (UF). Neste novo modelo de gestão o organograma do HC é representado do seguinte modo:

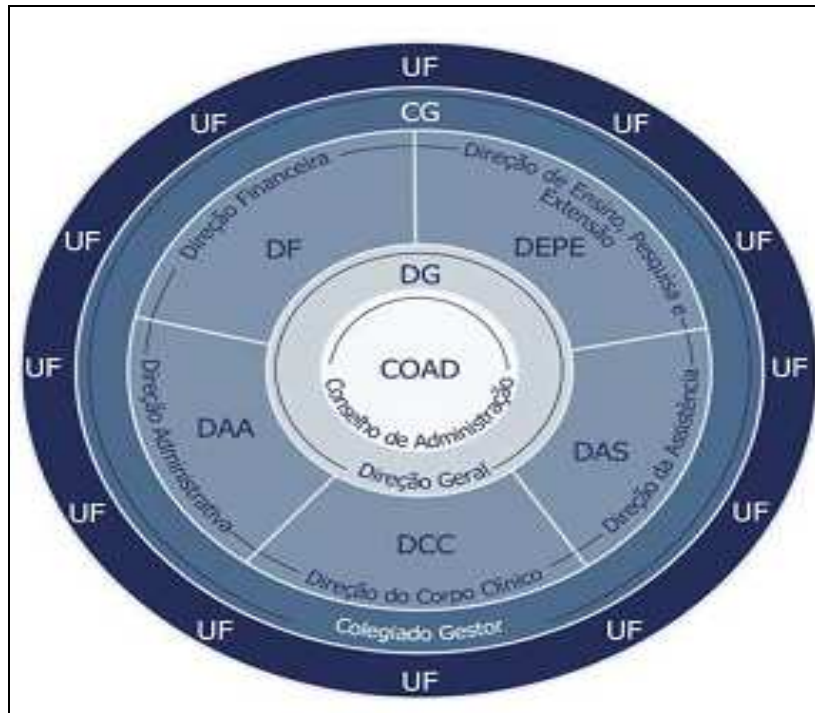


Figura 7. Organograma do Hospital de Clínicas da UFPR
 Fonte: (HC, 2009, p. 6).

Conforme representado no organograma, a Direção Geral (DG) do hospital coordena 5 diretorias: Administrativa (DAA), de Assistência (DAS), do Corpo Clínico (DCC), Financeira (DF) e de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE). A Direção de Assistência coordena ações na área de assistência hospitalar, incluindo Unidades Funcionais como: Ambulatórios, Cardiovascular e Pneumologia, Centro Cirúrgico, Farmácia Hospitalar, Urgência e Emergência Adulto, Nutrição e Dietética, Diagnóstico por Imagem e Terapia por Radiação, dentre outras. A Direção Administrativa conta com as seguintes Unidades Funcionais: de Administração de Pessoas, de Abastecimento, de Informação, de Infraestrutura e de Hotelaria Hospitalar. A Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão é responsável pela coordenação de 41 programas de residência médica, sendo que em 2009 o hospital proporcionou campo de estudo para 261 médicos residentes. A Direção de Corpo Clínico intermedia as relações entre as equipes de saúde e a população assistida pelo HC, sendo ainda responsável pela coordenação das comissões auxiliares da direção do hospital, como por exemplo, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e o Comitê de Humanização, dentre outros. A Direção Financeira coordena as ações da Unidade de Contabilidade e Finanças, cujo objetivo é de realizar a gestão financeira do hospital, principalmente quanto ao faturamento dos procedimentos assistenciais junto ao SUS (HC, 2009).

Segundo o Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da UFPR (2007-2011), estas unidades funcionais representam

um novo modelo administrativo que objetiva a descentralização das decisões a partir da elaboração de metas e compromissos pactuados por cada unidade com a direção do Hospital por meio de contratos de gestão. [...]. Esta nova estrutura transforma a organização do Hospital em todos os seus aspectos, com destaque para a co-responsabilização, o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa, na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se do nível executor (HC, 2007, p. 4).

A proximidade do nível executor com o processo de tomada de decisão é uma característica que define o HC como uma Burocracia Profissional, conforme definido por Mintzberg (1995). Segundo o autor esta configuração estrutural é típica de organizações que se apoiam nos conhecimentos e habilidades de seus profissionais, sendo comum em hospitais de clínicas, universidades e empresas de auditoria (MINTZBERG, 1995).

Esta configuração traz implicações relevantes para as relações de poder que se estabelecem na organização, já que “na hierarquia profissional, o poder está na perícia, ou seja, alguém goza de influência em virtude de conhecimentos e habilidades” (MINTZBERG, 1995, p. 197). Foi observado que no HC os médicos, bem como outros profissionais da saúde, possuem uma forte influência em decorrência do alto nível de especialização de suas habilidades e conhecimentos profissionais. Segundo Mintzberg (1995), um dos aspectos que caracterizam a Burocracia Profissional é a descentralização vertical e horizontal, ou seja,

o poder decisório é grandemente concentrado no núcleo operacional porque seus membros são profissionais, cujo trabalho é grandemente coordenado pela padronização de habilidades. A organização é fortemente descentralizada na dimensão vertical porque seu poder permanece na verdadeira base da hierarquia (MINTZBERG, 1995, p. 122).

No HC, este núcleo operacional é constituído majoritariamente por profissionais da área da saúde. Mintzberg (1995) ressalta que há neste tipo de estrutura organizacional uma assessoria de apoio ao núcleo operacional, que no HC é constituída por unidades funcionais como: Unidade de Abastecimento, Unidade de Infraestrutura, Unidade de Hotelaria Hospitalar, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos, a Assessoria de Marketing Institucional, dentre outras.

Por fim, para concluir esta breve caracterização do HC, é interessante destacar que a pandemia de influenza A/H1N1 durante o ano de 2009 foi citada como um acontecimento

relevante na “História do Hospital de Clínicas da UFPR”, conforme apresentado no site do hospital:

Em **2009**, foi referenciado para atender, prioritariamente, os casos de gripe influenza A H1N1. A Unidade de Urgência e Emergência destinou toda a estrutura, com Pronto-Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva e outra Semi-Intensiva, para este fim, além das alas de internamento de pacientes com doenças infecto-contagiosas (HC, 2010, disponível no site).

Esta observação indica que o fato do HC ter sido o hospital de referência para o atendimento dos casos de gripe A/H1N1 foi relevante, inclusive a ponto de ser considerado um marco na história da organização. A experiência do HC durante a pandemia de influenza A/H1N1 no ano de 2009 será descrita adiante.

4.2 A PANDEMIA DE INFLUENZA A/H1N1 (2009)

A influenza, também conhecida como gripe, é uma infecção do sistema respiratório, que em sua forma mais aguda é caracterizada como uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Atualmente são conhecidos três tipos de vírus influenza, denominados A, B e C. O tipo A é o mais propenso a sofrer mutações. Por isso as epidemias e pandemias de influenza estão geralmente associadas ao vírus do tipo A (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O vírus influenza A possui vários subtipos, classificados conforme variações de suas moléculas de hemaglutininas (H) e neuraminidases (N). Foram descritos 16 hemaglutininas (H1-H16) e 9 neuraminidases (N1-N9) (NEUMANN *et al.*, 2009; SALOMON e WEBSTER, 2009).

Os vírus existem em diversas espécies animais, sendo que as aves selvagens, especialmente as aquáticas, são consideradas reservatório natural dos vírus influenza A (NEUMANN *et al.*, 2009). Em geral, os vírus são específicos de cada espécie e raramente ocorrem transmissões entre espécies diferentes, porém já foram verificadas transmissões do vírus influenza A de aves para porcos, cavalos, focas e humanos. Os porcos possuem em suas células tanto receptoras do vírus influenza tipo-aviário quanto do tipo-humano, sendo, portanto, considerados como “recipientes de mistura”, já que propiciam o rearranjo genético entre os vírus humanos e aviários (NEUMANN *et al.*, 2009).

Segundo Salomon e Webster (2009) a influenza é uma doença antiga que provoca epidemias anuais, e esporadicamente, pandemias, sendo que na influenza sazonal ocorre uma predominância do vírus influenza A do subtipo H3N2. As pandemias são causadas pela

introdução de um novo subtipo do vírus influenza na população humana, a qual ocorre basicamente por dois mecanismos: o rearranjo genético e a transmissão entre espécies (NEUMANN *et al.*, 2009). A pandemia de influenza é definida como:

um evento epidemiológico caracterizado pela circulação mundial de um novo subtipo de um vírus influenza ao qual a população apresenta pouca ou nenhuma imunidade, com características de patogenicidade e virulência suficientes para, sob condições favoráveis de transmissão, infectar um grande número de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 5).

A Organização Mundial da Saúde classifica o desenvolvimento de uma pandemia de vírus influenza em 6 fases (vide quadro 2 abaixo). As fases de 1 a 3 estão relacionadas à preparação, incluindo o planejamento e a capacitação para atividades de resposta. As fases de 4 a 6 sinalizam a necessidade de resposta e de esforços de mitigação.

Quadro 2. Fases do desenvolvimento de uma pandemia de influenza.

FASE	SITUAÇÃO
1	Circulação do vírus apenas entre os animais, sem infecções em humanos.
2	O vírus circulante entre os animais causa infecções em humanos, sendo caracterizada a ameaça de uma potencial pandemia.
3	Ocorrência de casos esporádicos ou pequenos <i>clusters</i> de doenças na população, porém sem transmissão suficiente para causar surtos no nível de comunidades.
4	O vírus é capaz de causar surtos em comunidades inteiras, ocorrendo um importante aumento no risco de ocorrência de uma pandemia
5	Propagação do vírus de humano para humano em pelo menos dois países de uma mesma região (conforme divisão da OMS), sendo um forte sinal de que a pandemia é iminente.
6	É definida como a fase pandêmica, caracterizada por surtos de nível comunitário em pelo menos um país localizado em uma região diferente daquela identificada na fase 5.

Fonte: Adaptado de WHO (2010a)

No século passado ocorreram três grandes pandemias de influenza. A pandemia de maior proporção e gravidade foi a Gripe Espanhola em 1918/1919, produzida por um vírus do subtipo H1N1. Estima-se que a Gripe Espanhola matou mais de 50 milhões de pessoas ao redor do mundo. Em 1957 a Gripe Asiática foi causada pelo vírus de influenza aviária H2N2.

Este vírus, introduzido na população humana, foi responsável por mais de 1 milhão de mortes em todo mundo. Por fim, a Gripe de Hong Kong, que teve início em 1968, foi uma pandemia de influenza do subtipo H3N2. Estima-se que ocorreram cerca de 500.000 mortes decorrentes desta pandemia (NEUMANN *et al.*, 2009; SALOMON e WEBSTER, 2009).

Em 1997, registrou-se uma ameaça pandêmica quando 18 pessoas foram infectadas pelo vírus influenza aviária do subtipo H5N1 que ocasionou 6 óbitos em Hong Kong. Este foi o primeiro relato de contaminação humana fatal causada por um vírus de influenza aviária. Um novo surto deste vírus começou em 2003 e ainda são freqüentes as notificações de infecção pelo vírus influenza aviária. Desde então, foram relatadas mortes em países tais como China, Indonésia, Vietnã e Egito. Apesar de ser altamente patogênico, considera-se que o vírus influenza H5N1 ainda não causou uma pandemia em decorrência de sua ineficiência na transmissão de humanos para humanos (THORSON e EKDAHL, 2005; NEUMANN *et al.*, 2009; SALOMON e WEBSTER, 2009).

No dia 24 de abril de 2009 a OMS emitiu um comunicado notificando os primeiros casos da influenza Suína A/H1N1 no México e nos Estados Unidos. O vírus identificado neste surto ainda não havia sido previamente detectado em humanos (WHO, 2009a). Ao final do mês de maio do mesmo ano, já haviam sido confirmados casos em 25 países. No dia 11 de junho de 2009 a OMS anunciou que a propagação da influenza A/H1N1 havia atingido os critérios da fase 6, sendo oficialmente caracterizada como uma pandemia:

Com base nas evidências disponíveis, e na avaliação das evidências por especialistas, o critério científico para uma pandemia de influenza foi atingido. Eu decidi, portanto, elevar o nível do alerta de influenza pandêmica da fase 5 para fase 6. O mundo está agora no início da pandemia de influenza 2009 (WHO, 2009c, p. 1, tradução livre).

Até esta data, havia mais de 28.000 casos confirmados de gripe A em 74 países (WHO, 2009c). Conforme boletim epidemiológico emitido pela OMS, até o dia 03 de janeiro de 2010, 208 países haviam relatado casos confirmados de influenza A/H1N1, contabilizando ao menos 12.700 mortes (WHO, 2010b).

O Brasil foi citado pela primeira vez na lista de países com casos confirmados no boletim emitido pela OMS no dia 08 de maio de 2009 (WHO, 2009b). Até aquela data, 25 países reportaram um total de 2500 casos de infecção por influenza A/H1N1, 4 destes eram do Brasil, enquanto que, 1204 eram do México.

A evolução dos casos confirmados de influenza A/H1N1 no Brasil, entre as semanas epidemiológicas 29 a 52 (19/07/09 a 02/01/2010), pode ser observada na tabela a seguir:

Quadro 3. Distribuição de casos SRAG por classificação epidemiológica para influenza pandêmica (H1N1) 2009, segundo região geográfica, semana epidemiológica 29 a 52/2009.

Região	Classificação final para influenza pandêmica (H1N1) 2009						Total	
	Confirmado		Investigação		Descartado			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sul	30.629	63,1	9.568	19,7	8.334	17,2	48.531	100,0
Sudeste	11.738	37,8	5.538	17,8	13.772	44,4	31.048	100,0
Nordeste	621	19,6	1525	48,0	1.029	32,4	3.175	100,0
Centro-oeste	844	35,9	336	14,3	1.169	49,8	2.349	100,0
Norte	712	34,4	208	10,1	1.148	55,5	2.068	100,0
Brasil	44.544	51,1	17.175	19,7	25.452	29,2	87.171	100,0

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010, p. 8).

A partir destes dados observa-se que aproximadamente 95% dos casos confirmados foram notificados nas regiões Sul e Sudeste. Estas duas regiões também foram as que apresentaram as maiores taxas de incidência de casos de gripe A/H1N1 na população, sendo que a região Sul foi a que apresentou a maior taxa de incidência do país (vide figura 9 abaixo).

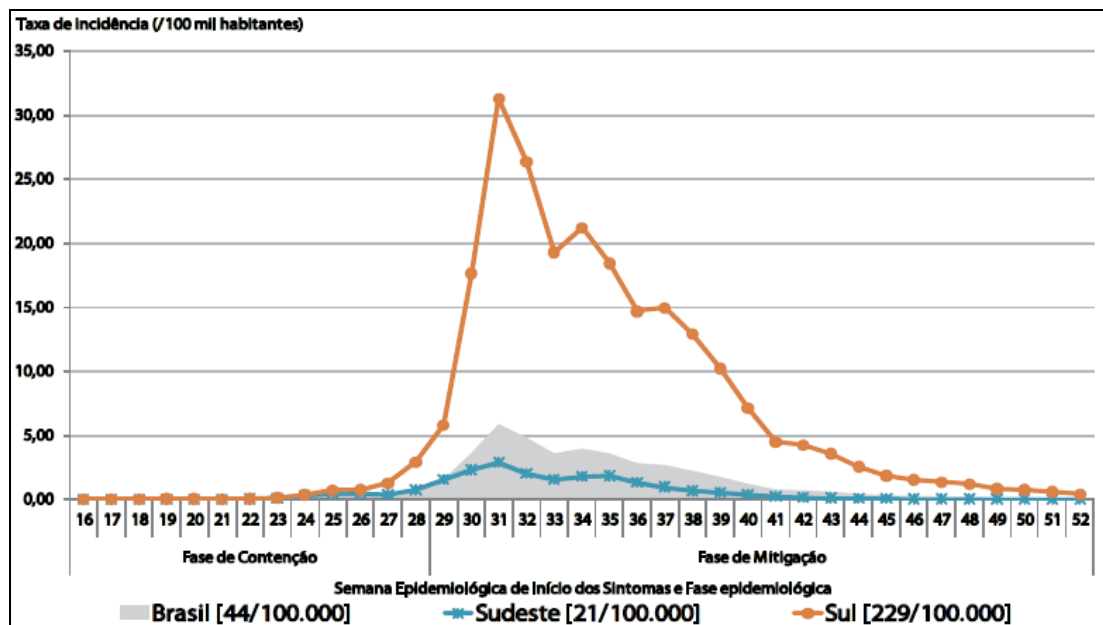


Figura 8. Taxa de incidência de casos confirmados de influenza pandêmica (H1N1) 2009, no Brasil e regiões Sul e Sudeste, semana epidemiológica 29 a 52/2009.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010, p. 8).

Durante o ano de 2009 foram registrados 2.051 óbitos por gripe A/H1N1 no Brasil. A região Sul foi a que registrou a maior taxa de mortalidade do país (3/100 mil habitantes, sendo que a taxa nacional foi de 1,1/100 mil habitantes), com um total de 840 óbitos, seguida da região Sudeste (1,2/100 mil habitantes), que registrou 973 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os dados referentes à situação da gripe A/H1N1 em Curitiba³, município onde a presente pesquisa foi realizada, foram coletados a partir do boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), que considerou as notificações realizadas até o dia 29 de outubro de 2009. O primeiro caso suspeito de gripe A/H1N1 foi notificado no município no dia 27 de abril de 2009, sendo posteriormente descartado por análise laboratorial. No período analisado foram notificados 12.525 casos por suspeita de gripe A/H1N1, sendo confirmados 7.845 casos de gripe A (SMS, 2009).

O gráfico a seguir apresenta o número de consultas médicas por síndrome gripal nas unidades de saúde do município entre junho e novembro de 2009:

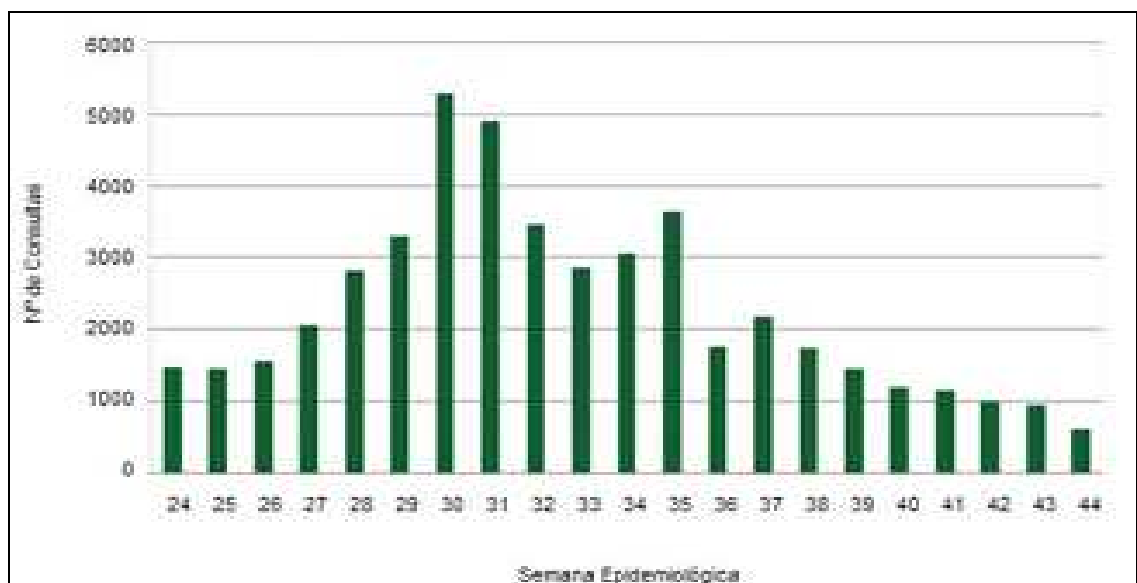


Figura 9. Número de consultas médicas por síndrome gripal da rede municipal de saúde de Curitiba de junho a novembro de 2009.

Fonte: SMS (2009, p. 3).

³ A transição entre a apresentação de dados da pandemia na região Sul do país diretamente para a situação no município de Curitiba, sem a consideração dos dados referentes ao estado do Paraná, se deu devido a incoerência entre os dados divulgados pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná com os dados do Ministério da Saúde. Sendo assim, optou-se pela apresentação somente dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Pode-se observar que o maior número de consultas realizadas foi na semana epidemiológica 30 (com início em 26 de julho de 2009), na qual foram registrados 5.274 casos de síndrome gripal (SMS, 2009). Os dados referentes ao número de internamentos coincidem com o aumento dos atendimentos ambulatoriais, conforme representado no gráfico a seguir:

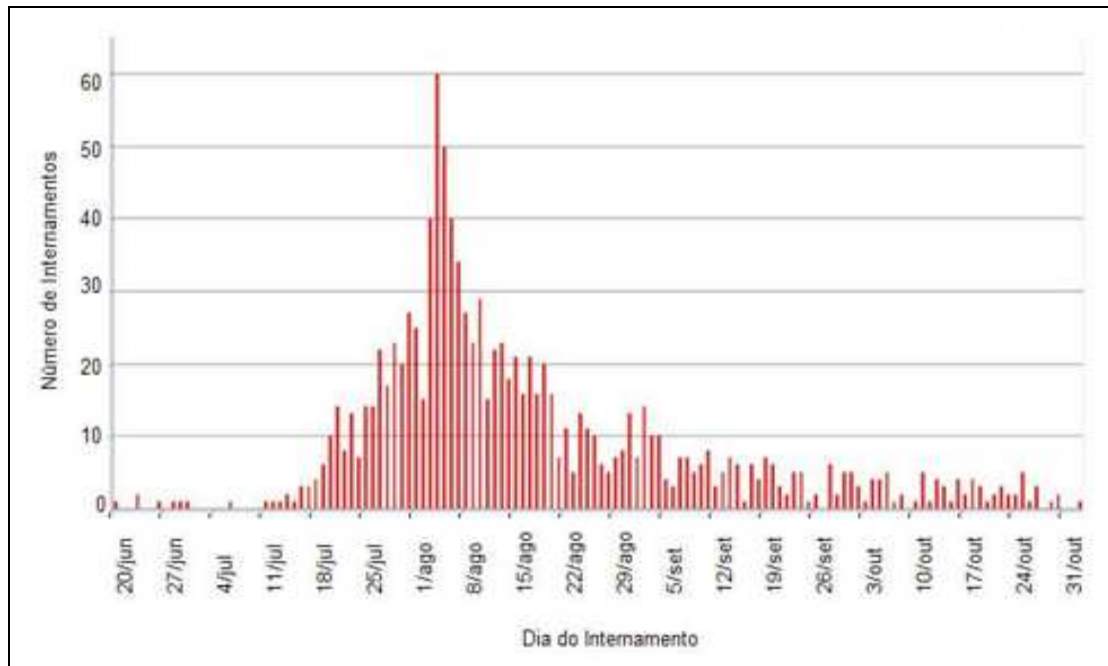


Figura 10. Distribuição do número de internamentos de casos suspeitos de influenza pandêmica em Curitiba.

Fonte: SMS (2009, p. 4).

O maior número de internamentos ocorreu na semana epidemiológica 31 (de 01 a 08 de agosto), sendo que 60 internamentos ocorreram em um único dia (04 de agosto) (SMS, 2009). Os dados do Ministério da Saúde (2010) também indicam que a maior incidência de casos de influenza A/H1N1 na região Sul do país foi na semana epidemiológica 31.

Durante o período considerado, 54 pacientes foram a óbito em decorrência de infecção pelo vírus influenza, sendo 5 por influenza sazonal e 49 por influenza A/H1N1 (SMS, 2009). De acordo com a SMS (2009, p. 4) o “coeficiente de mortalidade foi de 2,6 por 100.000 habitantes, provavelmente o mais alto entre as capitais brasileiras”.

Os dados apresentados para caracterizar a evolução da pandemia de influenza A/H1N1 em 2009 indicam que a mesma constituiu-se como um evento significativo a nível mundial, nacional e municipal. Analisa-se a seguir o processo de crise organizacional ocorrido no Hospital de Clínicas da UFPR durante esta pandemia.

4.3 O PROCESSO DE CRISE ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL DE CLÍNICAS

A análise do processo de crise ocorrido no Hospital de Clínicas durante a pandemia de influenza A/H1N1 foi realizada com base nos períodos indicados na figura 6 (vide p. 65), sendo organizada do seguinte modo: no **período “A”** foram analisados os dados referentes aos eventos antecedentes à fase aguda da crise, incluindo os sinais de alerta e de vulnerabilidade (FINK, 1986; KOVOOR-MISRA, 1995, ROUX-DUFORT, 2007a; 2007b); no **período “B”** foram analisados dados relacionados ao evento desencadeador (TURNER, 1976; KOVOOR-MISRA, 1995) e ao período de ruptura da crise (ROUX-DUFORT, 2007a; 2007b); no **período “C”** foram considerados dados referentes à crise em si, ou seja, em sua fase crítica e aguda (FINK, 1986; ROUX-DUFORT, 2007a; 2007b); no **período “D”** foram analisados os dados relacionados ao período pós-crise (KOVOOR-MISRA, 1995, ROUX-DUFORT, 2007a; 2007b). Os resultados discutidos neste tópico correspondem à resposta da seguinte pergunta de pesquisa: Como foi a crise organizacional ocorrida no Hospital de Clínicas – UFPR durante a pandemia de Influenza A/H1N1 (2009)?

Sendo assim, são discutidos na temática apresentada a seguir os dados referentes ao período antecedente da crise.

Tema 1 – período A: “O momento é de ALERTA e de vigilância total [...]”.

Na análise do período antecedente à fase aguda da crise identificou-se a ocorrência de duas epidemias anteriores de infecção respiratória grave: a SARS – *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória Aguda Grave) e a Gripe Aviária. Estes eventos foram considerados como “sinais de alerta” (FINK, 1986; KOVOOR-MISRA, 1995) sobre a possível ocorrência de novas epidemias ou pandemias de influenza. Além destes, os primeiros comunicados oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS) divulgados em abril de 2009 sobre a notificação de casos de um novo tipo de influenza também foram considerados como sinais de alerta. As confirmações dos primeiros casos de gripe A/H1N1 no Brasil e em Curitiba, e ainda, o primeiro paciente internado no HC com a nova gripe, foram sinais de vulnerabilidade característicos deste período antecedente (ROUX-

DUFORT, 2007a). O relato a seguir ilustra as epidemias de SARS e gripe aviária como sinais de alerta antecedentes à fase aguda da crise:

Tivemos assim, duas situações prévias onde a gente já teve uma mínima noção do que isso poderia ser, uma foi a SARS, síndrome respiratória grave, e a influenza aviária, e mesmo naquela época a *Entrevistada 10* já vinha sempre com esses alertas, e isso assim, é uma coisa que a gente já sabia que uma hora ou outra ia acontecer, isso já vem se falando mundialmente há muito tempo, [...]. (E1)

A entrevistada sinaliza que as epidemias anteriores serviram como referência para nova gripe que estava surgindo. Além de também serem doenças respiratórias graves, a SARS e a gripe aviária assemelham-se à influenza A/H1N1 porque na época de seu surgimento foram tidas como possíveis pandemias. Segundo Thorson e Ekdahl (2005), a epidemia de influenza aviária na Ásia a partir de 2003 serviu como um lembrete para a comunidade de saúde pública sobre a vulnerabilidade do mundo diante de epidemias emergentes. A SARS também foi preocupante para o sistema de saúde pública porque nas áreas afetadas a taxa de mortalidade chegou a aproximadamente 15%, sendo que mais de 80% das infecções ocorreram em hospitais (WU *et al.*, 2004). Tais considerações, principalmente com relação ao impacto da SARS no sistema de saúde, também podem ser observadas no relato apresentado a seguir:

— Nesse período da SARS [...] eles viram a importância da organização dos hospitais [...], era o coronavírus, um outro vírus, conseguiram bloquear, mas ele nos serviu muito porque, porque o coronavírus foi de alta transmissibilidade intra-hospitalar, com um adoecimento de perto de 20% dos profissionais de saúde, e serviu pra dar toda essa orientação e esse alerta.
— Sensibilizar as pessoas né, que o problema tá aí e que pode acontecer. (GF2).

Percebe-se que os eventos antecedentes foram significativos no processo de crise do HC já que serviram de alerta sobre a possibilidade de ocorrência de pandemias de doença respiratória, e sinalizaram a importância da organização do hospital para reduzir sua vulnerabilidade diante de eventuais epidemias ou pandemias de influenza. Outros entrevistados também manifestaram sua preocupação com a preparação do hospital diante de uma possível pandemia:

A gente já vinha estudando alguns meses antes com a *Entrevistada 10* preparações, o que o hospital teria que ter, [*olha só*], é, porque já tinha algum indício (E1)

[...], nós já tínhamos muitas conversas e muitas colocações desse serviço (de Epidemiologia) com relação a outras situações pandêmicas, tipo a gripe aviária né, que foi assim uma ameaça constante durante um tempo, mas que nunca se aproximou muito do Brasil. Então existia toda uma movimentação no sentido de que se chegasse a gripe aviária, que medidas teriam que ser tomadas, quem seria responsável por isso, e que fosse então organizado um atendimento, então tanto o Serviço de Epidemiologia quanto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, eles muitas vezes conversaram comigo sobre se no Hospital de Clínicas estávamos ou não no momento de fazermos treinamento, de fazermos o preparo. Ocorre que a gripe aviária refluíu, em pouco tempo ela foi contida e ela não chegou no Brasil (E14)

Pode-se observar que já havia uma preocupação de alguns profissionais do Serviço de Epidemiologia e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) com relação à preparação do hospital para uma epidemia ou pandemia, inclusive quanto às medidas que teriam de ser tomadas com relação ao atendimento e ao treinamento dos funcionários. Entretanto, também observa-se que a gripe aviária acabou sendo compreendida como uma ameaça que não se concretizou, pois não foi caracterizada como uma pandemia. Isto afetou o modo como as pessoas interpretaram os sinais de alerta referentes à gripe A/H1N1, muitas vezes com descrédito e negação. Este aspecto será explorado a seguir no tópico 4.4 referente ao processo de *sensemaking*.

Apesar de não terem sido classificadas pela OMS como pandemias, a SARS e a gripe aviária serviram de “sinais de alerta” quanto à necessidade de realizar ações de prevenção e controle de epidemias e pandemias de síndrome respiratória, sendo, portanto, importantes eventos antecedentes do processo de crise no HC durante a pandemia de influenza A/H1N1. Outros exemplos de “sinais de alerta” observados no período anterior à fase aguda da crise foram os avisos de alerta realizados por membros do HC, como pode ser observado no relato a seguir:

Quando eu voltei desse trabalho [sobre a preparação de estabelecimentos de saúde diante de casos inusitados de infecção respiratória aguda grave] que eu fiz pra OPAS [Organização Pan-Americana da Saúde] nós fizemos várias reuniões, fizemos reunião em 2008 com a CCIH, fizemos duas reuniões com a Clínica Médica, levando esse alerta para os médicos do hospital, eu insistia muito na coleta de material virológico pra esses pacientes jovens, então eles já estavam, vamos dizer, sensibilizados pro pega né, o pessoal falava, ‘nossa, olha a boca da *Entrevistada 10*’, que eu já vinha falando das coisas, e acabou não saindo da influenza aviária, começou na suína, faz parte. (E10)

Este alerta dado pela entrevistada a outros profissionais do HC no ano de 2008 também foi um sinal de alerta característico do período antecedente da crise. Após a

confirmação da pandemia de influenza A/H1N1 em 2009 estes alertas realizados pela entrevistada foram reconhecidos por outros profissionais do hospital, como expresso na fala ‘nossa, olha a boca da *Entrevistada 10*’.

Na metáfora proposta por Fink (1986) os sinais de alerta da crise correspondem aos sintomas iniciais de uma doença, sendo que a fase inicial é denominada de fase prodrômica da crise (FINK, 1986), ou seja, “a fase de alerta” (FINK, 1986, p.21, tradução livre). Neste sentido, a fase de alerta da crise no HC incluiu as epidemias anteriores, o trabalho de sensibilização e preparação do hospital realizado por E10 e os comunicados de alerta referentes ao início da pandemia de Influenza A/H1N1, conforme apresentado a seguir.

O primeiro alerta foi o comunicado emitido pela Organização Mundial de Saúde no dia 24 de abril de 2009 onde é informado que:

O governo dos Estados Unidos relatou sete casos confirmados em humanos de Influenza Suína A/H1N1, [...]. O governo do México reportou três eventos separados. No Distrito Federal do México, a vigilância começou a levantar casos de síndrome gripal em 18 de março. O número de casos vem aumentando continuamente em abril, sendo que em 23 de abril havia mais de 854 casos de pneumonia na capital. [...]. Dos casos mexicanos, 18 foram laboratorialmente confirmados no Canadá como Influenza Suína A/H1N1, sendo que 12 destes são geneticamente idênticos ao vírus Influenza Suína A/H1N1 da Califórnia. [...]. (OMS, 2009a).

Após este informe da OMS foram emitidos outros comunicados oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Interessante observar que no texto destes comunicados consta a palavra “alerta”, como por exemplo, no primeiro informe emitido pelo Ministério da Saúde no dia 26 de abril de 2009 intitulado: “**Alerta** de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – Ocorrências de casos humanos de influenza suína no México e EUA” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a, sem grifo no original).

Os primeiros casos de influenza A/H1N1 no México e nos Estados Unidos também foram noticiados pela imprensa nos meios de comunicação de massa. Uma entrevistada comentou que tomou conhecimento da nova influenza por uma notícia na televisão:

Então quando a coisa começou, foi no dia 27 de abril; 26 de abril, no domingo a noite, saiu essa história no Fantástico, que tinham surgido os primeiros casos no México e tal, e foi interessante porque na segunda-feira, oito horas da manhã, tava todo mundo já lá na Epidemiologia, nós do Controle de infecção, Infectologia Adulto, Infectologia Pediátrica, a *Entrevistada 10*, todo mundo com o mesmo alerta, e agora? (E1)

Assim sendo, três dias após o comunicado da OMS ocorreu a primeira discussão sobre o assunto entre profissionais de diferentes setores do HC. Tal ação indica que o comunicado da OMS já foi reconhecido por alguns membros do hospital como um possível sinal de vulnerabilidade, sobretudo pela preocupação que estes profissionais demonstraram sobre o que iriam fazer diante do alerta inicial. A partir desta reunião, foram realizadas ações para a divulgação do alerta e para a adoção de medidas de controle de infecção no HC, mesmo que ainda que não houvessem casos suspeitos no Brasil. Ainda na segunda-feira, 27 de abril de 2009, foi divulgado no HC o seguinte comunicado:

INFLUENZA SUÍNA - 27/04/2009
Informe HC

Hoje estivemos em reunião com alguns setores do HC, PA adulto, PA pediatria e infectologia adulto e pediátrica.

O momento é de ALERTA e de vigilância total para a **detecção oportuna dos primeiros casos e notificação imediata**, tomada **imediate das medidas de controle de infecção** (utilização de máscara cirúrgica para atenção da triagem e no atendimento dos casos suspeitos) e **coleta de amostra viral** o mais rápido possível. [...].

OUTRAS SITUAÇÕES DE ALERTA, que pedimos notificar:

- Paciente jovem, previamente são, com quadro de infecção respiratória grave (Febre, tosse ou dor de garganta e dispnéia) que necessite de hospitalização.
- Trabalhador da saúde com o mesmo quadro acima
- Paciente com quadro respiratório com evolução atípica ou que evolua para o óbito sem causa aparente (COMUNICADO INTERNO DO HC, 2009, grifos no original).

Logo, no início da pandemia de influenza A/H1N1 começaram a ser emitidos avisos de alerta no HC. No dia 28 de abril foi comunicado no HC, com base nas informações da OMS, que já estava ocorrendo a transmissão do vírus entre humanos.

As confirmações dos primeiros casos de influenza A/H1N1 no Brasil, no dia 07 de maio de 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), e no município de Curitiba, no dia 14 de junho de 2009 (SMS, 2009), foram consideradas como os primeiros sinais de vulnerabilidade do processo de crise. Pode-se considerar que o sinal de vulnerabilidade mais forte foi o primeiro internamento de um paciente com diagnóstico confirmado de gripe A/H1N1 no HC no dia 22 de junho de 2009. Este internamento confirmou os sinais de alerta anteriores e o fato de que as pessoas estavam vulneráveis à infecção pelo novo vírus.

A próxima etapa do processo de crise no HC durante a pandemia da influenza A/H1N1, que compreende o evento desencadeador e o momento de ruptura da crise, será analisada a seguir.

Tema 2 – período B: “foi numa sexta-feira, numa sexta-feira que eu nunca vou me esquecer, [...], foi quando a Secretaria disse assim, vocês são referência e vão receber todos os casos graves”.

O momento de ruptura da crise representa o início da crise e está relacionado à noção de evento desencadeador (ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b). A ruptura da crise no HC remete ao fato do mesmo ter sido designado como hospital de referência para o atendimento das pessoas com gripe A/H1N1 de Curitiba. Os relatos apresentados a seguir descrevem este momento:

Foi numa sexta-feira, numa sexta-feira que eu nunca vou me esquecer, eu fiquei que nem louca aqui dentro, que foi quando a Secretaria disse assim, vocês são referência e vão receber todos os casos graves, que aí a Direção disse pra nós, vocês tem que dar conta pra receber todos, [...]. (E4)

o começo também foi aquele caos né, todo mundo, como nós éramos referência, no dia seguinte que isso foi me informado, eu nunca vou me esquecer, foi no dia 24 de julho, no dia seguinte que avisaram que nós íamos ser referência encheu, porque aí todo mundo vinha pra cá, aí nós começamos não dar conta da situação; [...], 24 de julho que nós começamos a ser referência, começou naquela semana. (E3)

Foi no final de semana daquele dia 24, sabe, 25 e 26 ali, que aí que o telefone não parou porque tava chegando paciente, chegando paciente e não estávamos dando conta dos pacientes, [...], o marco foi naquele final de semana do dia 24 que a gente se tornou referência, [...]. (E3)

Tais descrições se aproximam das considerações de Roux-Dufort (2007a, 2009), que caracteriza a ruptura da crise como um momento intenso em que prevalecem sentimentos de perda de controle, conforme relatado pela entrevistada que descreveu a situação com um “caos”. A intensidade do momento de ruptura pode ser observada quando os indivíduos afirmam que “nunca irão se esquecer daquele dia”. Outro relato também descreve o início da crise:

[...], tinha vindo um paciente e outro, mas a hora que foi determinado que o Hospital de Clínicas seria a referência pro atendimento dos pacientes mais graves da cidade inteira, né, que a gente sabe que a cidade envolve a região metropolitana, e a gente começou a receber ligação de tudo que é lugar, e

foi aí que nós fechamos a porta do PA [Pronto Atendimento], porque até então a porta era aberta direto, e nós tivemos que fechar realmente pra atender a gripe, então foi uma mudança radical no nosso trabalho, então eu lembro que foi uma sexta-feira que a gente trabalhou assim das 7 da manhã e saímos daqui quase meia-noite, e no outro dia nos estávamos aqui, no sábado, 6 horas da manhã quase, com todo mundo, e é o que eu te disse, eu estava cheio de pacientes graves de outras situações e a gente teve que deslocar, começou a chegar, começou a chegar ligação e a gente tinha que começar a receber os pacientes, eu não tinha respirador pra tudo isso, não tinha local pra tudo isso (E4)

Este relato indica que a designação do hospital como referência gerou mudanças no fluxo e nas jornadas de trabalho em decorrência do aumento na demanda dos serviços prestados. Conforme a literatura (PEARSON e CLAIR, 1998; ROUX-DUFORT, 2007a), no momento de ruptura percebe-se a necessidade de que sejam realizadas decisões e ações em caráter de urgência. Segundo Roux-Dufort (2007a, p. 244, tradução livre), “a urgência para agir, ou melhor, a urgência para reagir à situação, prevalece”. A partir da designação do HC como hospital de referência houve um aumento do fluxo de pacientes, que gerou a necessidade de ações emergenciais, tais como, o deslocamento de pacientes graves que já estavam internados para liberar leitos aos pacientes que chegavam com sintomas de gripe.

Em uma semana a coisa mudou, que daí o hospital aqui ficou como referência, o pronto socorro, o PA, e a UTI, atendiam só os pacientes da gripe, que começaram a chegar vários casos, casos suspeitos, coincidiu que foi uma semana de muito frio e chuva, [...] nesse período é que agravou. [...] A coisa que causou problema foi fechar o PA, [...] a Secretaria [Municipal de Saúde] tinha que arranjar um local onde eles pudessem ser tratados, deixar ali a UTI exclusiva só pros pacientes da gripe, daí os pacientes graves aqui do hospital que necessitavam de UTI tinham que ficar nos [outros] andares. (E2)

O fechamento do PA do HC caracteriza-se como evento desencadeador desta crise. Em primeiro lugar foi um evento singular e extraordinário (ROUX-DUFORT; 2007b). Além disso, esta medida específica marcou uma interrupção no curso normal das experiências, impondo um antes e um depois (ROUX-DUFORT, 2007b), conforme os relatos já citados, houve uma mudança significativa no trabalho dos profissionais e no funcionamento do HC após o fechamento do PA. Segundo Shrivastava *et al.* (1988, p. 288, tradução livre), “estes eventos se tornam o ponto de referência para a identificação da crise”. O fechamento do PA foi uma referência para a identificação da crise não apenas para os profissionais e funcionários do HC, mas também para a comunidade externa, pois o fato foi manchete de jornais paranaenses publicadas naquele período:

Unidade de urgência do HC só receberá casos de gripe A. O Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná fechará sua unidade de urgência e emergência para atendimento geral a partir de hoje e por tempo indeterminado. A ala, composta por pronto-atendimento e UTIs, será utilizada exclusivamente para receber casos suspeitos de contaminação pelo H1N1 – o vírus da gripe A (GAZETA DO POVO, 2009, p.01).

HC: ala para pacientes com nova gripe. Medida é uma das muitas para conter o avanço da doença. Pronto-socorro do HC atenderá apenas suspeitos da nova gripe (ESTADO DO PARANÁ, 2009, p.07).

Casos de gripe A devem subir. Autoridades dizem que a previsão de mais contaminações é o motivo de destinar ala do Hospital de Clínicas a pacientes da doença (GAZETA DO POVO, 2009, p.01).

Ainda com relação à questão da caracterização do evento desencadeador e do momento de ruptura da crise é interessante a reflexão sob outro aspecto, verificado no relato da Entrevistada 13, funcionária do Centro de Epidemiologia da SMS, realizado quando a mesma estava falando sobre a questão do HC ter sido o hospital de referência:

[...] ele já era uma referência, o Hospital de Clínicas já era referência, por exemplo, hoje se tiver um caso de uma nova variante da gripe, o Hospital de Clínicas é a referência para o município e para o estado nessa região, então não é que ele se transformou em referência, é que, veja, devido a situação, porque ele é a referência nos leitos de isolamento, não considerando o atendimento de um volume tão grande como foi necessário naquele momento, então, considerando que ela já era referência e considerando que o volume de atendimentos estava se mostrando um volume muito grande com casos muito graves, é que foi feita a proposta de reforçar essa retaguarda do hospital, pra ampliar, e que foi o fechamento do Pronto Atendimento com a implantação de uma área de retaguarda para os casos graves, por causa das questões de isolamento, de capacitação. (E13)

Este relato é interessante na medida em que apresentou uma informação relevante, que ainda não havia sido comentada por outros entrevistados durante a coleta dos dados, a de que o HC já era um hospital de referência para o atendimento de infecções respiratórias, inclusive por possuir leitos de isolamento para tratamento deste tipo de infecção. Nas entrevistas realizadas após esta, foi perguntado mais especificamente ao entrevistado desde quando o HC era considerado como hospital de referência para o atendimento de casos graves de doença respiratória.

A maioria dos entrevistados que abordou esta temática indicou que o HC se tornou referência no mês de julho de 2009, mais especificamente na sexta-feira do dia 24 de julho,

como observado nos relatos apresentados no início deste tema e nas falas apresentadas a seguir:

Bom a experiência foi, na verdade, bastante confusa, porque o Hospital de Clínicas foi transformado em um hospital de referência na noite para o dia, sem um treinamento prévio, dos profissionais de vários níveis, sem uma avaliação adequada dos responsáveis pelas diferentes áreas, se havia ou não condição de enfrentar isso dessa maneira, e a gente teve que na verdade aprender muita coisa durante o evento, pessoas em estado grave, e a gente tendo que acertar ações né, [...]. (E15)

A gente ficou sabendo que o hospital ia ser referência no final de julho, e foi quando começou a aumentar os casos de gripe aqui em Curitiba principalmente, e assim, foi num final de semana, numa sexta-feira a noite que daí decidiram, é, a Secretaria Estadual e Municipal de saúde reunidas com o pessoal aqui do HC, colocou o HC como referência e tomou a decisão de fechar a Urgência e Emergência somente para os casos de gripe, na verdade eu fiquei sabendo disso pela imprensa que me ligou, assim, daí eu tive que correr atrás pra verificar, e a partir daí a gente já montou um esquema pra começar a emitir boletins, num primeiro momento, no final de semana, eu comecei a pegar as informações por telefone e repassar as informações por telefone pra quem me ligava, isso no sábado e no domingo, daí na segunda-feira a gente começou um boletim diário que a gente começou a colocar no site do hospital. (E8)

Nestes relatos pode-se perceber como que para estas entrevistadas o HC foi definido como o hospital de referência naquele momento, como por exemplo, quando a Entrevistada 15 afirma que isso ocorreu de uma hora para outra, ou ainda, quando a Entrevistada 8 afirma que ficou sabendo disso em uma sexta-feira no final de julho por meio de uma ligação da imprensa. Porém, outros relatos, como o da Entrevistada 13 e do Grupo Focal 2 apresentado a seguir, indicaram que o HC já era o hospital de referência no sistema público de saúde para atendimento de casos de influenza e síndromes respiratórias graves:

- É que desde a influenza aviária a gente já é de referência, [*desde a influenza aviária?*], desde a influenza aviária a gente já é referência, então, só que não foi de fechar né, é de atendimento normal, agora a decisão do fechamento foi num momento em que, é, é, no dia-a-dia né, você via as notícias, aquelas filas enormes no Pronto Atendimento, aquela quantidade de paciente precisando internar, aí houve uma reunião da Direção daqui com a Secretaria né, com a Maria (nome fictício), e nessa reunião decidiram, nós vamos assumir os pacientes do HC e o HC vai fechar a porta pra tudo e vai ficar referência pra todas as influenza da região, de Curitiba e região, acho que ficou nós e o Hospital do Trabalhador, só que no final todo mundo mandava tudo pra cá,
- Os outros hospitais também não estavam estruturados e quando o HC ficou referência, aquilo era, a mínima suspeita já vinha pra cá, [...]. (GF2)

A partir da pergunta sobre desde quando o HC era o hospital de referência para atendimento de doenças respiratórias graves, pode-se verificar neste relato de uma das participantes do Grupo Focal 2, que o HC já era o hospital de referência desde a época da influenza aviária. Porém, pode-se perceber que houve uma diferença, já que na época da influenza aviária não foi preciso fechar as portas do Pronto Atendimento, foi um atendimento normal, em contrapartida, no caso da influenza A/H1N1 diante a quantidade de pacientes necessitando de internamento foi decido fechar o PA. Pode-se perceber, portanto, uma diferença entre ser o hospital de referência com as portas do PA fechadas, e apenas ser o hospital de referência, como observado também nas falas das participantes do Grupo Focal 2:

— [...], mas não é, eu acho que é o nome que foi, não é quando ele se tornou referência, é quando ele fechou para o atendimento, [*quando fechou exclusivo*], exatamente, quando fechou exclusivamente, então, referencia ele sempre foi, agora quando ele fechou só pra isso, que esse foi um outro momento,

— Eu acho que o impacto maior foi na Urgência e Emergência, com todo essa característica, ela fechou as portas só pra isso,

— É que daí que as pessoas se assustaram, ‘e a nossa população interna? E os nossos pacientes graves para onde que vão?’. Então isso realmente aí teve um impacto na nossa comunidade, porque daí isso é mais visível né, é mais palpável, porque a gente é referencia pro paciente grave e continuamos a ser, mas na hora que você fecha a porta do Pronto Atendimento, que até então a porta era aberta, você fecha, você tira todos os pacientes graves dali e transfere pra outros lugares, imagina esse impacto na comunidade, [...],

— Na mídia também né, ‘as portas do HC estão fechadas, atendimento só pra gripe’,

— Isso mesmo, a ambulância do Samu o tempo inteiro ali na frente, então é toda uma característica que fica bem claro pra todo mundo né

— Que ele era referência, você perguntou se a equipe interna conhecia, na época da SARS isso foi discutido, o ministério mandou material, não sei se foi na SARS ou na aviária que foram feitos os leitos de isolamento respiratório,

— Foi na aviária,

— Na aviária, e na época também, veio material, foi treinado o pessoal do hospital, mas é uma coisa que nem chegou aqui, então. (GF2)

Portanto, este relato demonstra que o aspecto central foi o fato do fechamento das portas do PA para atendimento exclusivo de pacientes da gripe A. Esta decisão de fechar o PA está relacionada ao HC ser o hospital de referência, porém só foi necessária neste contexto da pandemia de gripe A/H1N1, diferente da gripe aviária, que não chegou aqui, embora também já tivessem sido realizadas outras ações naquela época, como treinamentos e envio de material. Este relato também é interessante porque demonstra vários aspectos que confirmam o fechamento do PA como evento desencadeador da crise no HC. Segundo Roux-Dufort

(2007b, p. 108, tradução livre) “é o evento desencadeador que torna a crise visível”. Esta característica do evento desencadeador pode ser observada quando as entrevistadas afirmam que o fechamento do PA deixou claro e visível para todos que o HC era o hospital de referência, o que trouxe implicações, conforme demonstrado na temática seguinte referente à fase aguda da crise.

Esta diferença encontrada nos dados sobre a questão do HC já ser o hospital de referência antes, ou ter sido definido como referência naquele momento é interessante porque possibilita uma reflexão sobre a crise a partir da percepção e dos significados atribuídos pelos atores organizacionais. Neste sentido, é interessante considerar que “a crise é mais o resultado de uma experiência do que de um evento. Em resumo, a crise não tem existência por si só, ela existe através do modo pelo qual ela é experienciada pelos indivíduos envolvidos” (ROUX-DUFORT, 2007b, p. 110, tradução livre). Tais considerações do autor enfatizam que as crises devem ser analisadas considerando o modo como os atores vivenciaram a crise, e não apenas a partir de uma análise do evento em si. Transpondo para a discussão sobre o HC ser o hospital de referência, é mais interessante considerar como os atores experienciaram o fato do HC ser o hospital de referência, do que o fato em si. Como os dados indicam, mesmo que o HC já fosse o hospital de referência desde a época da influenza aviária, os relatos demonstram que a maioria dos entrevistados considerou o HC como sendo de referência a partir de julho de 2009.

Pode-se refletir sobre a questão de até que ponto as pessoas sabiam que o HC já era o hospital de referência. A análise dos documentos indicou que esta informação já estava disponível. Por exemplo, em uma notícia publicada na Gazeta do Povo no dia 30 de abril de 2009, o Hospital de Clínicas é citado como um dos quatro hospitais de referência do estado do Paraná. Também pode ser verificado no Plano Estadual de Contingência do Paraná para Enfrentamento de Pandemia de Influenza, em uma versão preliminar publicada no dia 29 de abril de 2009, que o Hospital de Clínicas da UFPR é definido como um dos hospitais de referência do estado para o atendimento de pessoas infectadas por vírus influenza em uma situação de pandemia. Porém, esta questão é analisada com base na proposição de Weick (1995), quando afirma que não se trata apenas de compreender como as pessoas interpretam uma determinada situação, mas sim de como elas selecionam ou deixam de selecionar determinados sinais de seus fluxos de experiência para então interpretá-los (WEICK, 1995). Neste sentido, pode-se considerar que nem todos os entrevistados haviam “selecionado” esta informação de que o HC era o hospital de referência antes da pandemia de influenza A/H1N1.

Ainda com relação a esta questão, segundo Weick (1995) o contexto das pessoas é um aspecto essencial no *sensemaking*, já que a definição sobre o que é considerado pelas pessoas como um sentido plausível ou não está relacionada ao contexto em que elas se encontram, ou seja, o que é plausível em um determinado contexto pode não ser em outro (WEICK, 1995). Portanto, mesmo que o HC já fosse o hospital de referência, e as pessoas já soubessem disso, isso não trazia maiores implicações em um contexto de “normalidade”, ou até mesmo de uma influenza que não chegou (como no caso da gripe aviária). Por outro lado, no contexto da pandemia de influenza A/H1N1 em julho de 2009 na cidade de Curitiba, em que houve uma alta demanda por atendimentos de casos graves, e em que ocorreu o fechamento do PA do hospital, a informação “ser o hospital de referência” efetivamente ‘fez sentido’ (*make sense*) para os atores organizacionais. Tais considerações remetem à proposição de Gephart (2007, p. 126, tradução livre), de que “uma crise existe apenas quando certos eventos ou sinais são sentidos ou percebidos e então interpretados como crises pelo *sensemaking*”. Assim, foi somente naquele contexto específico de julho de 2009 que os atores organizacionais puderam interpretar o fato de “ser o hospital de referência” como um elemento de ruptura da crise.

Segundo Roux-Dufort (2007b) a ruptura precipita a organização para a crise, é um ponto sem retorno. Neste sentido, na temática seguinte foram analisados os dados referentes à fase aguda da crise.

Tema 3 – período C: “nesse mar revolto que você não sabia até onde ia parar, [...], a gente não sabia até onde esta tempestade iria e pra onde nos levaria”.

Os dados analisados sugerem que a fase mais crítica e aguda da crise apresentou as seguintes características: (1) condições de ambiguidade e incerteza; (2) alto impacto e intensidade da crise, principalmente com relação à crescente demanda por atendimentos e a ocorrência de óbitos de pacientes com gripe A; e (3) ampla divulgação na mídia.

Segundo Roux-Dufort (2007a, p. 245, tradução livre) na fase aguda da crise “os gestores já não enfrentam mais uma mera perturbação, mas sim uma completa desestabilização do ambiente e da organização” (ROUX-DUFORT, 2007a). Neste sentido, a fase aguda da crise se caracteriza como um ponto sem retorno (FINK, 1986). Esta condição de completa desestabilização pode ser observada no seguinte depoimento:

[...], o que nós vivemos foi o caos, nossa, pra mim eu acho que o que foi, foi o caos, o difícil foi o caos, [...], essa é a palavra que fica, porque eu nunca vi aquilo, nunca tinha visto aquilo, aquele desespero, ai, eu nunca vou me

esquecer daquilo, aquela cena das famílias na minha porta, ai, eu pra mim foi, até eu tive que aprender a lidar com isso, porque pra mim foi o caos, isso aqui foi o caos, nossa senhora. (E3)

O termo “caos” caracteriza a fase aguda da crise, e representa o período de maior ambiguidade e incerteza, típicas deste momento do processo de crise. Outras descrições interessantes desta fase são as seguintes:

[...], nessa situação, nesse mar revolto que você não sabia até onde ia parar, [...], não era um barco à deriva mas era um barco num mar revolto, a gente não sabia até onde esta tempestade iria e pra onde nos levaria. (E1)

[...], porque aí mudou totalmente a rotina do hospital né, eu tive que de cara assim cancelar os internamentos eletivos, porque eu não sabia quantos leitos eu ia precisar, do jeito que chegava lá, chegava 3, 4, acabava indo pra UTI, então a gente não sabia o quanto era, então nós tivemos que cancelar os procedimentos eletivos dos pacientes que estavam lá fora, e a gente começou a perder o controle da situação. (E3)

[...] não se tinha uma dimensão, não sabia se ia ter 10, 20 e tal, mas chegou vários momentos em que nós tivemos os 14 leitos da UTI todos com H1N1, mais a unidade de emergência lá, a Infectologia nossa ficou toda com pacientes que talvez melhorassem, mas no começo nenhum melhorou né, todos acabaram indo a óbito. (E3)

[...] você nunca sabe qual vai ser a extensão da epidemia, isso é imprevisível. (E5)

A incerteza sobre como seria o desenvolvimento da epidemia, da capacidade de atendimento e da possibilidade de tratamento dos pacientes foi marcante nesta fase. Este aspecto é característico de uma crise organizacional conforme o conceito proposto por Pearson e Clair (1998):

Um evento de baixa probabilidade e alto impacto que ameaça a viabilidade da organização e é caracterizado pela ambiguidade de causa, efeito e meios de resolução, bem como pela crença de que decisões precisam ser feitas rapidamente. (PEARSON e CLAIR, 1998, p. 60, tradução livre).

Embora este conceito seja centrado no evento desencadeador da crise, o qual é imediatamente anterior à sua fase aguda, a ambiguidade de causas, efeitos e meios de resolução descrita por Pearson e Clair (1998) pode ser verificada no caso em estudo, sobretudo quando as entrevistadas afirmam que não se sabia qual seria a extensão da crise, quantos pacientes precisariam de tratamento, e até mesmo, se haveria tratamento eficaz, já que no início muitos não melhoraram e foram a óbito. Também foi observada a necessidade imediata de tomada de decisões, como por exemplo, o cancelamento das cirurgias eletivas que

já estavam agendadas no hospital tendo em vista a necessidade de reserva de leitos para os casos de gripe.

Outro aspecto observado no caso estudado refere-se ao alto impacto e à situação de ameaça à organização. A caracterização de uma crise por estes fatores é destacada por Pearson e Clair (1998), Pauchant e Douville (1993) e Kovoov-Misra *et al.* (2001). O alto impacto foi observado, sobretudo, em relação ao grande número de pacientes com gripe que necessitavam de atendimento, como observado nos relatos seguintes:

[...], a sensação que dava é que ia chegar a cidade aqui. (E3)

Foi tão intenso que quando a gente olha pra trás a gente nem acredita que a gente deu conta. (E4)

[...] fora o número de notificações habitual, nós tivemos 700 notificações de gripe, entre ambulatoriais e pacientes internados, então, e isso praticamente em dois meses, um número muito grande que envolveu o acompanhamento dos casos, a liberação de medicação, então praticamente a equipe, é, a gente trabalhava sábado e domingo, eu trabalhei vários sábados e domingos no período de agosto e setembro, to com hora extra ainda até hoje, então trabalhamos vários sábados e domingos, e a gente trabalhava o dia inteiro, enquanto tivesse caso, situação, e pra dar suporte pro pessoal né. (E10)

[...], a maioria foi pra UTI, nós estávamos com 14 leitos, que a UTI nossa tem capacidade pra 14 leitos, nós estávamos com os 14 ativos no momento, é, nós tínhamos pacientes na Infectologia, fora do respirador, na Maternidade, nas clínicas, mas eram pacientes leves, o paciente que não necessitava internar não internava, ficava no PA, não sei qual que é bem o suporte do PA, mas sei que todos os leitos estavam sendo ocupados sabe, então daí tem no PA os leitos de observação dos pacientes graves, que eram todos ocupados até a UTI ter vaga, tinha vaga na UTI automaticamente o paciente subia. (E7)

Nos três primeiros dias eu já lotei os 3 leitos, e em 10 dias eu tava com os 14 leitos da UTI só com gripe. Eu tenho uma foto pra você depois se você quiser do nosso quadro de leitos dos doentes, com o primeiro nome dos doentes e o diagnóstico do lado, todos eles eram H1N1. Isso era 10 dias, a gente não estava nem no pico da gripe, a gente sabia que esse troço ia continuar piorando nos próximos dias e eu já estava com a UTI sobrecarregada, com o hospital já sobrecarregado (E11)

Durante a fase aguda da crise, um dos problemas mais críticos foi referente à grande quantidade de pacientes com gripe *versus* a capacidade disponível de assistência. A fala dos entrevistados demonstra que houve uma sobrecarga na capacidade de atendimento da UTI em particular, e do hospital em geral, pois seus recursos foram utilizados intensamente. Esta sobrecarga foi acentuada pela rapidez com que aumentou o número de casos que necessitavam de atendimento. Segundo Fink (1986), a dificuldade de gerenciamento de uma

crise em sua fase aguda ocorre em função da “velocidade, como de uma avalanche, e a intensidade que geralmente acompanham e caracterizam esta fase” (FINK, 1986, p. 23, tradução livre). A metáfora da avalanche ilustra a característica da rapidez associada ao grande impacto de uma crise. Lagadec (2009) também destaca a velocidade com que as crises podem ocorrer e utiliza como exemplo a epidemia de SARS, discutida anteriormente. Segundo o autor, a combinação entre o vírus e um voo de avião pode fazer com que poucas horas ocorra uma dispersão da infecção para diversas localidades (LAGADEC, 2009). A velocidade também foi observada na crise estudada, tanto quanto à difusão do vírus influenza A/H1N1, quanto ao aumento no número de pacientes com gripe no HC.

A intensidade e o impacto da crise no funcionamento da organização, além da grande quantidade de notificações de casos de gripe A, também foram observadas pela necessidade de envolvimento de diversos profissionais do HC para se dedicarem a assistência referente à gripe A. Além disso, o atendimento aos casos de gripe interferiu na capacidade do hospital para prestar assistência aos pacientes com outras enfermidades. Ocorreu uma sobreposição da demanda usual de atendimentos do hospital com aquela decorrente da gripe A, principalmente porque o HC era o hospital de referência:

O Serviço de Infectologia é o único setor do hospital que teria um local pra fazer isolamento respiratório, então o isolamento respiratório a gente fazia aqui, só que nós temos uma capacidade limitada pra fazer esse isolamento respiratório, [...], a gente não teria capacidade pra concentrar todos aqui, em princípio a infectologia ficou fechada só para esses atendimentos, então a gente procurou, se alguém pedia vaga para uma outra doença de infectologia que não fosse gripe a gente encaminhava para outros hospitais, os nossos pacientes na medida em que estavam melhores, a gente foi dando alta e deixando os leitos reservados pra isso (E5)

E, e daí assim, super assustador porque, veio uma segunda demanda que foi enorme, que não foi ainda pior, de que as outras doenças continuavam acontecendo, e daí a gente começou a ter muita ligação, não só de ‘estou com gripe aqui e preciso da vaga porque você é a referência e você tem a obrigação de receber’, como também, eu estou com aquele AVC, eu estou aqui com aquela apendicite, estou aqui com aquela diarreia, eu estou aqui com aquele doente que teve um trauma, e vocês tem que dar um jeito [...], então a medida que eu trazia a gripe de toda a cidade, eu empilhava no Boa Vista e no Fazendinha todos os outros diagnósticos, eu empilhava no andar todos os outros diagnósticos, que continuavam acontecendo né, não é porque tem gripe que eu não vou ter pneumonia, que eu não vou ter diarreia, que eu não vou ter, então esse foi um estresse muito grande pra gente porque a gente se viu incompetente pra ajudar pessoas que antes a gente conseguia ajudar (E11)

[...], agora que vem o momento de maior estresse para nós, que a gente tinha, não era ainda o pico da gripe, a gente tava com o consumo de

material gigantesco, uma demanda de vagas pela gripe crescente, todos os leitos cheios e gente pedindo vaga para outras patologias, e a gente não sabendo o que fazer. (E11)

Observou-se que o fato do HC ser o hospital de referência, e portando, ter a obrigação de receber os pacientes de gripe A em estado grave, também teve um impacto na intensidade desta fase da crise, e reforçou a condição de incerteza discutida anteriormente.

O impacto e a intensidade da crise também foram significativos em função dos óbitos decorrentes da gripe A. De certo modo, a ocorrência de óbitos é algo que faz parte da rotina do hospital, porém não com a intensidade com que ocorriam durante a crise e isso foi relatado pelos entrevistados:

Então lógico, em termos de começar, desencadear todo um trabalho foi naquela segunda-feira logo após o anunciado (de alerta da OMS), só que eu digo assim, em termos de ebulição de casos, e de trabalho, e de loucura, eram 14 pacientes internados direto de influenza na UTI, morria um entrava outro, morria um entrava outro, olha, era uma coisa muito louca, então foi a segunda quinzena de julho, em termos de ebulição de problemas, mas o marco inicial realmente foi aquela segunda-feira logo depois do anunciado, que foi a reunião que a gente teve, [...]. (E10)

[...], então a nossa maior dificuldade foi essa, [*ta, quer dizer, no dia-a-dia*], conviver com tantas, com tantos casos ao mesmo tempo, mais com os pacientes internados, com todos os respiradores ocupados e mais pacientes precisando, entendeu, todos os pacientes jovens, independente da idade, o paciente estava bem e em 2 dias agravou, então foi um momento assim, um momento que a gente aprendeu a ter pernas né, porque os pacientes que realmente morreram eram pacientes que realmente não tinha como salvar, porque já vieram grave, né, não foi porque o hospital não tinha porte, foi porque já vieram grave, [...]. (E7)

[...], no começo, olha, foi uma fase bem difícil pra todo mundo, porque nós perdemos muitos pacientes que chegavam; no outro dia você chegava e estava morto, então a gente tinha aquela ansiedade, não era só eu, eram os médicos, era todo mundo, a UTI trabalhou, a gente tinha aquela, a gente tinha aquela, aquela incapacidade de não poder fazer nada, entendeu? Porque não era você que não fazia nada, era que não tinha tempo pra salvar a pessoa, você chegava, o *Entrevistado 11* vai te falar bem isso, porque ele vivenciou isso, ele deu uma aula, ele fez radiografias de acompanhamento, o paciente chegava com um pulmão branco, no outro dia o pulmão não tinha nada, quer dizer, não ventilava mais, sabe, ele tomava o paciente, então você se sente incapacitado, entendeu, você se sente incapacitado. (E7)

Teve dias que eu chegava de manhã e via fila de carro de funerária lá fora, isso em 20 anos eu nunca vi aqui no hospital, tinham 5 carros de funerária esperando pra chegar porque tinham morrido 5 pacientes naquela noite, então eram coisas assim, tristes, [...]. (E5)

[...], cara desse momento catastrófico inicial até esse momento de, puxa estamos numa situação melhor, também da em torno de uns 10 dias só, [é

mesmo?], é, então tudo foi muito, muito rápido, muito rápido, ok, a, tudo foi muito assim, nossa, tudo catastrófico, morreu um monte de gente, mas ai 10 dias depois a coisa já tava, nossa agora a gente já atende um pouco melhor, [...], tudo dá 1 mês e meio, a gente esta falando de 1 mês e meio, 2 meses na vida dessa UTI, [...] (E11)

[...], o estresse foi tão grande, se ele tivesse durado mais a gente teria morrido muita gente, graças a Deus que ele foi grande e curto, que bom, senão teria morrido muita gente, mas ele foi grande de um jeito que foi estresse demais, e daí não dá pra lidar, (E11)

O relato da Entrevistada 10 é interessante na medida em que traz elementos que caracterizam o desenvolvimento do processo de crise, ou seja, segundo a entrevistada o trabalho foi iniciado logo após o alerta da OMS, conforme analisado na primeira temática. Porém, a crise em sua fase mais aguda e intensa ocorreu posteriormente com a ebulição dos casos, com a sobrecarga da capacidade de internamento e com a maior intensidade de ocorrência de óbitos. Os relatos da Entrevistada 7 demonstram como os profissionais do HC vivenciaram sentimentos de incapacidade e de ansiedade diante da ocorrência de óbitos decorrentes da gripe A. Os relatos dos entrevistados 5 e 11 também caracterizam a intensidade e o alto impacto da crise. Na fala do Entrevistado 11, observa-se a descrição da situação como momento catastrófico e de grande estresse, bem como de grande quantidade de óbitos num curto período de tempo. A intensidade da situação também pode ser observada na fala da Entrevistada 5 quando afirma que em 20 anos ela nunca tinha visto aquilo no hospital. A questão do óbito de pacientes, mencionada em alguns relatos, também será abordada no tópico seguinte considerando sua influência no processo de *sensemaking*.

Por fim, outro aspecto característico da fase aguda da crise verificado na pesquisa refere-se à ampla divulgação e cobertura da mídia (ROUX-DUFORT, 2007a), como pode ser observado no depoimento a seguir:

[...] teve o assédio da imprensa que foi infernal, eu fiquei com a minha cara estampada em tudo que é lugar, foi uma coisa horrorosa gente, o tempo inteiro, eu acho que eu falei com todas as rádios de Curitiba e no jornal. [...]eles ficam procurando a tragédia, eles querem saber quantos doentes tem, quem morreu, quem não morreu, quantos foram, quantos tem internado, [...]. (E3)

A ampla procura da mídia foi registrada no Relatório de Atividades 2009 do HC, onde consta que:

Durante os dois meses em que o Hospital de Clínicas esteve como referência para o atendimento da gripe A (Influenza A H1N1), houve aumento significativo do número de solicitações de entrevistas e de

informações por parte da imprensa paranaense e de outros estados do Brasil (HC, 2009, p. 62).

Conforme dados da Assessoria de Marketing Institucional, foram concedidas 64 entrevistas e foram realizados 120 repasses de informação relacionados à pandemia de gripe A em 2009. Conforme consta no relatório do HC, 61% dos atendimentos à imprensa com relação à gripe durante o ano de 2009, ou seja, 113 atendimentos, ocorreram de 20 de julho a 20 de agosto de 2009 (HC, 2009).

Não foi possível precisar a exata duração da fase aguda da crise, porém, sabe-se que os meses de maior intensidade de casos e de atendimentos foram julho e agosto de 2009. Os depoimentos abaixo ilustram as diferentes percepções dos entrevistados sobre o período de maior intensidade da crise.

[...] desse momento catastrófico inicial até esse momento de, puxa estamos numa situação melhor, também dá em torno de uns 10 dias só, [...], é, então tudo foi muito, muito rápido, muito rápido, ok, a, tudo foi muito assim, nossa, tudo catastrófico, morreu um monte de gente, mas aí 10 dias depois a coisa já tava, nossa agora a gente já atende um pouco melhor, [...], tudo dá 1 mês e meio, a gente esta falando de 1 mês e meio, 2 meses na vida dessa UTI, [...] o estresse foi tão grande, se ele tivesse durado mais [...] teria morrido muita gente, graças a Deus que ele foi grande e curto, que bom, senão teria morrido muita gente, mas ele foi grande de um jeito que foi estresse demais, e daí não da pra lidar. (E11)

Foi rápido né, foi em questão de 2 ou 3 meses e aí, você olhou pra trás e passou a onda né, só que foi muito rápido. (E4)

Mesmo nos últimos meses de 2009, ainda continuaram sendo realizadas no HC ações referentes à pandemia de gripe A, porém, o número de casos e a demanda de trabalho eram menores. A seguir são discutidos aspectos referentes ao período seguinte a fase aguda da crise.

Tema 4 – período D: “porque a memória é curta né, a gente esquece rápido das coisas”.

Neste tema foram analisados relatos que abordam aspectos referentes ao período pós-crise. Esta fase é denominada por alguns autores como a fase de resolução da crise (FINK, 1986, SHRIVASTAVA *et al.*, 1988). Segundo Fink (1986), que compara o desenvolvimento da crise ao de uma doença, a fase de resolução da crise pode ser comparada com a situação em que o paciente está bem novamente. Considera-se que este período teve início após o

término da fase aguda da crise, aproximadamente a partir do final do mês de setembro de 2009, quando já havia diminuído o número de casos de gripe A. Foram analisados relatos que demonstram um processo de volta à normalidade. Também foi realizada uma reflexão sobre a ocorrência ou não de mudanças no HC decorrentes da crise.

A análise dos dados indicou que alguns entrevistados consideraram que não ocorreram mudanças no HC após a experiência da crise. Neste sentido, alguns relatos indicam que após o término da fase aguda da crise algumas pessoas que trabalham no hospital agiram como se estivessem esquecido o que havia acontecido, conforme observado nas seguintes falas:

[...], se sabe que eu acho que a memória é sempre curta né, pra esse ano estava no planejamento né, que no início do ano a gente trabalhou, se você me pergunta se vai entrar no ano que vem, não sei, sabe, porque a memória é curta né, a gente esquece rápido das coisas, sabe, é o que eu to dizendo, eu acho que o dia-a-dia consome muito da gente, e a gente acaba não valorizando esse tipo de situação, [...]. (E4)

[...], olha, é, em termos de pandemia, assim, é, acho que as pessoas tem memória meia curta, então assim, todo mundo no início levava a sério as medidas de controle de infecção né, levaram por um tempo bem rígido, hoje já tá se afrouxando. (E4)

[...], um pouco de frustração assim, é, nós trabalhamos com as equipes de saúde na orientação de como se protegerem com relação aos equipamentos de proteção, e como evitar que se passe alguma bactéria ou transmita algum problema pro paciente, e aí a gente vê que isso só funciona quando isso é do interesse, não da CCIH, mas do próprio funcionário, né, porque a hora que ele viu que ele estava correndo um risco real, aí a coisa mudou, aí ele lavou a mão, pôs máscara, usou o avental, então isso foi assim uma certa frustração. (GF2)

[...], aparentemente o estresse foi gigantesco, e foi tão grande que ele marcou como um trauma e não como um aprendizado, as pessoas não gostam de lembrar aquilo, as pessoas não acham que podem aprender algo daquilo, eles querem mais é esquecer, eles querem mais que aquilo seja um passado breve, uma pena, porque se a coisa fosse um pouco mais amena talvez, um pouco mais longa talvez, a gente teria aproveitado isso como uma educação continuada pra gente, o povo inteiro não lembra mais. (E11)

[...], então, a aderência volta ao normal, a gente não é melhor hoje do que a gente era antes da gripe, [...], nossas taxas de infecção voltaram ao normal de novo, a gente tem um trabalho agora que a gente estuda a lavagem das mãos, e a gente mostra que a lavagem das mãos hoje acontece em 30% das vezes que ela deveria lavar a mão, [...], o valor então voltou aos valores ruins que eram antes do evento, mas naquele período do evento era excelente. (E11)

Este esquecimento da crise, ou como denominado pela Entrevistada 4 esta “memória curta”, está relacionado mais especificamente ao cumprimento das medidas de controle de

infecção hospitalar. Dentre estas medidas pode-se considerar um conjunto de ações de higiene e de uso de equipamentos de proteção individual (EPI) voltados para o controle da infecção hospitalar. Durante a crise, estas medidas foram utilizadas com rigor pelos profissionais e funcionários do hospital, fazendo inclusive com que as taxas de infecção hospitalar de outras infecções diminuíssem consideravelmente. Porém, após a fase aguda da crise, observou-se que tais medidas já não eram aplicadas com o mesmo rigor que antes, como observado quando o Entrevistado 11 afirma que as taxas de infecção voltaram ao normal, ou seja, com valores ruins como era antes da crise. Neste sentido, a partir destes dados pode-se observar que a crise não gerou mudanças efetivas na adesão das pessoas às práticas de controle de infecção hospitalar. Como observado no relato do Grupo Focal 2, os participante afirmaram que os profissionais do HC adotaram as práticas de controle de infecção durante a crise apenas porque eles próprios estavam correndo risco, ou seja, após a crise, quando o risco diminuiu, a realização das medidas de controle de infecção também deixou de ser realizada com tanto rigor. O Entrevistado 11 considerou que as pessoas não gostam de lembrar das situações relacionadas à crise porque esta foi vivenciada por muitos como um trauma. Neste sentido, as pessoas preferem esquecer o que passou, sem se preocuparem com possíveis aprendizados que poderiam ser gerados a partir desta experiência. Portanto, a partir destes relatos, pode-se considerar que esta “memória curta” após a crise pode ter ocorrido por dois aspectos: (i) como uma consequência da vivência de experiências traumáticas, sendo que as lembranças desagradáveis são “esquecidas”; (ii) porque após a crise os profissionais consideram que não estão mais sujeitos a um risco de infecção tão grande como estavam durante a pandemia, fazendo com que não adotem as medidas de controle de infecção como faziam na crise.

A Entrevistada 15, profissional do setor de Anatomia Patológica, também considerou que não houve mudanças após a crise, como observado nos relatos a seguir:

[...], terminou a epidemia, a questão regularizou, o número de casos reduziu intensamente, o hospital abriu pra outras doenças novamente, e a nossa sala de necropsias continua a mesma, [...]. (E15)

[...], depois do período, foi aquilo que eu já disse, eu acho que perdemos a oportunidade de nos prepararmos adequadamente pra uma situação de emergência, que não precisa ser só H1N1, várias doenças infecto-contagiosas de epidemias e pandemias estão surgindo e a gente não tem o preparo adequado, eu acho que a gente perdeu a oportunidade de levar isso, [...]. (E15)

Estes relatos demonstram que após a fase aguda da crise não foram realizadas as mudanças de infra-estrutura necessárias no setor de Anatomia Patológica do hospital. Durante a crise, os profissionais deste setor se recusaram a continuar realizando as necrópsias e análises pós-óbito porque não havia condições de infra-estrutura para a realização das atividades com segurança. Como demonstra o relato da entrevistada, mesmo assim, estas mudanças ainda não haviam sido realizadas após a crise. Neste sentido, a entrevistada 3 também considera que não houve mudanças no HC depois da pandemia:

[...], é igual, tudo igual, não teve, eu acho que antes ele era, eu acho que não mudou nada depois do H1N1 sabe, acho que deu um pouco de experiência pro médicos, da UTI né, acho que eles aprenderam bastante, né, sobre isso, todos nós aprendemos, eu acho que de alguma forma nós da administração aprendemos, o pessoal da UTI e da Urgência e Emergência aprendeu, acho que a gente sempre aprende alguma coisa, mas o hospital retomou sua vida normal, [...].(E3)

É interessante notar que apesar de ser enfática sobre a não ocorrência de mudanças, a entrevistada reconhece a aquisição de experiência e o aprendizado por parte de alguns grupos de profissionais. Pearson e Clair (1998) realizam uma análise sobre possíveis resultados de sucesso e de fracasso das práticas de gestão de crise, tecendo algumas considerações sobre a aprendizagem em decorrência da crise. Assim, um resultado de fracasso seria aquele em que não ocorreu nenhuma aprendizagem, por outro lado, um resultado de sucesso faria com que a organização mudasse políticas e procedimentos a partir da crise. Um meio termo seria o caso em que a aprendizagem ocorre, porém, sua disseminação é irregular. Neste caso, pode-se considerar que o HC estaria neste meio termo, ou seja, houve o aprendizado por parte de alguns profissionais, porém como uma baixa disseminação.

Também foram observados relatos que indicam a ocorrência de mudanças, não tanto de estrutura, mas sim de caráter simbólico, principalmente com relação ao modo que o HC passou a ser visto e reconhecido pela comunidade interna e externa após a crise. Esta questão do reconhecimento externo remete à importância da reputação da organização em uma crise (PEARSON e CLAIR, 1998). Segundo Pearson e Clair (1998), no caso de resultados de sucesso, a imagem da organização melhora como decorrência da efetividade da organização em gerenciar a crise. Esta situação pode ser observada no HC, como demonstrado nos seguintes relatos:

O hospital se mobilizou de tal forma que ficou dedicado então, você já sabe, ao atendimento da pandemia, até terminar; então ele foi referência e teve

um, vamos dizer assim, um, desempenho favorável pra superar essa crise, reconhecido pela secretaria municipal e tudo né, [...]. (E6)

[...], e houve assim, um reconhecimento por parte dos pacientes, da comunidade interna, da comunidade externa, do nosso trabalho, então assim, é, eu particularmente cheguei a receber uma medalha lá na assembleia em relação ao atendimento, então foi realmente um reconhecimento profissional muito grande, (E4).

[...], acho que houve um reconhecimento dos serviços internos, em particular nosso da Urgência e Emergência, tivemos o reconhecimento realmente da comunidade interna e externa, conseguimos dar conta, e alguns serviços nossos de ponta, a UTI se sobressaiu muito nesse momento, então eu acho que houve um retorno de toda comunidade, acho que pro hospital isso foi muito bom, já comentei isso com você, a gente nota como a gente é tratado na secretaria (municipal de saúde) antes e agora, eu particularmente noto nas reuniões, a secretaria nos olha hoje muito mais como um parceiro, realmente parceiros. (GF2)

Portanto, como se observa, houve um reconhecimento por parte da comunidade que foi significativo, especialmente da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Como relatado no grupo focal 2, ocorreu uma mudança na relação entre o HC e a SMS, após a crise houve o fortalecimento de uma relação de parceria. Observou-se também um reconhecimento interno ao próprio HC, de alguns setores em específico, que tiveram um papel de destaque no enfrentamento da situação de crise, como por exemplo o Serviço de Epidemiologia, a Unidade de Urgência e Emergência, a UTI, e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. No relato seguinte pode-se observar como o Serviço de Epidemiologia ganhou reconhecimento e visibilidade dentro do hospital:

[...], então isso, pra mim assim, serviu, pro Serviço de Epidemio veio potencializar, a partir disso daí a Direção também nos convidou, nós passamos a fazer parte do Conselho Diretor do Hospital, então assim, pra o Serviço de Epidemio tá agora muito mais fácil o trabalho da questão de vigilância, não só das doenças respiratórias, que continuam, o fato da influenza ter acabado não, a vigilância continua, mas pra qualquer doença de interesse, [...]. (GF2)

Este relato demonstra uma mudança relevante no contexto do HC com relação a como as questões relacionadas à vigilância epidemiológica são consideradas pelos demais atores organizacionais. Este convite para que o Serviço de Epidemiologia, representado pela entrevistada 10, faça parte do conselho diretor do hospital demonstra o reconhecimento interno da importância deste setor, sendo esta uma mudança ocorrida após a crise.

4.4 O PROCESSO DE *SENSEMAKING* DURANTE A CRISE

As temáticas analisadas aqui não se referem exclusivamente a determinado período de tempo, elas abordam aspectos presentes em diversos momentos do processo de *sensemaking*. Neste tópico foram analisados dados correspondentes à resposta da seguinte pergunta de pesquisa: Como se deu o processo de *sensemaking* durante a crise?

Na primeira temática, apresentada a seguir, realizou-se uma reflexão sobre o processo de *sensemaking* referente ao período que antecedeu a ruptura da crise, principalmente com relação aos sinais de alerta e de vulnerabilidade.

Tema 1: “não, não, não vai ser tudo isso, não; de repente foi tudo isso assim de uma hora pra outra né”.

Nesta temática foram analisados relatos que abordam aspectos do processo de *sensemaking* durante o período antecedente da fase aguda da crise. Tendo a compreensão do *sensemaking* como um processo construído a partir de sinais “extraídos” de um determinado fluxo de experiências vivenciadas (WEICK, 1995), foram realizadas algumas reflexões sobre o *sensemaking* nos processos de monitoramento e investigação de novos tipos de vírus influenza. Também foram analisados aspectos referentes ao modo como as pessoas construíram sentidos sobre os sinais de alerta e de vulnerabilidade, sendo consideradas também as reações de negação destes sinais.

Segundo Weick (1995, p. 133, tradução livre) o “*sensemaking* é sobre uma ampliação de pequenos sinais. É uma busca por contextos nos quais pequenos detalhes se encaixam e fazem sentido”. Considera-se que na presente pesquisa estes pequenos sinais podem ser compreendidos como relacionados aos sinais de surgimento de um novo tipo de vírus influenza A. Com base nos relatos da Entrevistada 5, apresentados a seguir, pode-se considerar que o processo de monitoramento e genotipagem do vírus influenza, realizado com o propósito de detectar novos tipos de vírus, apresenta aspectos do *sensemaking* em sua característica referente à ampliação de pequenos sinais (WEICK, 1995). Esta tentativa sistemática de identificação de novas variações do vírus influenza é realizada em diversos laboratórios do mundo, inclusive no Brasil, como demonstra o relato da Entrevistada 5:

[...], porque eu trabalho aqui mas o meu trabalho inicial é na área de virologia no laboratório, então a gente está desde 92, quando eu comecei aqui, uma batalha muito grande pra implantação do diagnóstico e o

monitoramento de influenza, então a gente já tá, em 99 nós fomos o primeiro laboratório do Brasil a começar notificar os casos de influenza, porque já estavam avisando que existia essa possibilidade, a gente sempre teve assim uma resistência muito grande, mesmo dentro do hospital, assim, o hospital tá aqui pra atender o paciente e não pra monitorar a comunidade, e a metade do nosso trabalho era cuidando da comunidade pra ver que vírus circulava e tudo mais, então a gente já tava fazendo isso né, junto com a FIOCRUZ, com a Fundação Osvaldo Cruz, com o financiamento deles, pra fazer esse monitoramento e fazer essa notificação, tentando pegar esses eventos, [...]. (E5)

Portanto, considerou-se que esta atividade de monitoramento e notificação dos casos de influenza na comunidade, para identificação do vírus em circulação, pode ser compreendido como um trabalho em que constantemente são realizados processos de *sensemaking*. O monitoramento e a tentativa de “pegar estes eventos”, conforme a fala da entrevistada 5, remetem ao processo de percepção dos sinais que são discrepantes de um fluxo normal de experiências, característico do processo de *sensemaking* (WEICK *et al.*, 2005). O relato apresentado a seguir demonstra mais aspectos referentes a este processo de monitoramento e identificação de um novo vírus de influenza:

então a sensação que eu tinha era essa assim, há tantos anos a gente falando sobre isso né e daí chegou e ninguém pegou; [...], a gente não pegou; porque nós estávamos preocupados, nós genotipávamos todos os vírus de influenza que a gente pegava, se era H1 ou H3, e tinham alguns casos que nós não conseguíamos genotipar que nós mandávamos pra FIOCRUZ, e a gente nunca teve retorno deles do que que deu isso, lá eles faziam o sequenciamento e tal; mas os casos que eles pegaram nos Estados Unidos era isso né, aquilo que ele não genotipou, que ele conseguiu analisar e viu que era um vírus novo, daí a gente pensa assim, será que, tá tudo bem, não deve ter sido, que isso faz alguns anos, mas a gente deveria já ter sentado e falado qual a porcentagem que a gente não esta conseguindo determinar e o que que nós vamos fazer pra mudar isso. (E5)

A atividade de genotipagem dos vírus de influenza, classificando-os em H1 ou H3, pode ser compreendida como uma ação do processo de *sensemaking*. Segundo Starbuck e Milliken (1988, *apud* WEICK, 1995) o *sensemaking* remete à uma tentativa de enquadrar os estímulos ou sinais percebidos em quadros de referência já estabelecidos. Esta característica do processo de *sensemaking* é enfatizada por Weick *et al.* (2005, p. 411, tradução livre) quando afirmam que o “*sensemaking* é sobre a rotulação e a categorização para estabilizar o fluxo de experiências”. Ou seja, os diversos sinais que compõem o fluxo de experiências das pessoas são categorizados e rotulados pelos sujeitos para que seus fluxos de experiências mantenham uma certa estabilidade e organização. Segundo os autores, um aspecto chave neste processo é o desdobramento funcional. Este conceito pode ser compreendido a partir do

seguinte exemplo apresentado pelos autores, bem oportuno para esta análise: “na medicina, desdobramento funcional significa a imposição de rótulos diagnósticos que sugerem um tratamento plausível” (WEICK *et al.*, 2005, p. 411, tradução livre). Portanto, esta categorização ocorre com base em um crivo de funcionalidade para os sujeitos em questão, como no exemplo, o diagnóstico correto de uma doença que possibilite um tratamento satisfatório da mesma. Enfim, no caso do monitoramento e da genotipagem do vírus influenza é fundamental a categorização de suas moléculas de hemaglutininas (H) para que seja definido o tipo de vírus influenza em questão. Esta categorização permite a organização dos casos de influenza notificados, seja reconhecendo-os como causados por um vírus influenza já conhecido, seja possibilitando a identificação de um novo vírus. Como observado no relato da Entrevistada 5, já haviam ocorrido casos em que não foi possível genotipar o vírus no laboratório. Segundo a entrevistada, estes casos não genotipados poderiam ter sido justamente aqueles que posteriormente foram identificados como um novo vírus.

Além desta discussão sobre o *sensemaking* no processo de genotipagem do vírus, também foram analisados dados referentes ao processo de *sensemaking* com relação aos sinais de alerta do período antecedente da crise. Os relatos apresentados a seguir demonstram como algumas pessoas reagiram aos sinais de alerta sobre a possível ocorrência de uma pandemia de influenza:

O pessoal até não acreditava muito, ‘será que vai mesmo chegar a alguma coisa?’, eu falei, gente foi dado o alerta; e tem muita gente que diz assim, ‘ah mas não deviam ter dado o alerta’, deviam sim, fizeram muito bem, porque só assim a gente conseguiu se preparar, se organizar, [...]. (E10)

- Bom no começo, foi tentar convencer as pessoas de que havia a possibilidade de uma pandemia, esse foi um problema, [...].

- É, e isso foi visto até como uma postura de descrédito por algumas pessoas até chaves do processo, que achavam que isso era coisa da cabeça da Entrevistada 10; [...]. (GF1)

É, a gente já estava assim monitorando as notícias que saíam na imprensa desde março, a gente tava esperando alguma coisa já no ano anterior por conta da gripe aviária, que acabou não acontecendo, mas a gente já tava assim meio que monitorando, quando começou a surgir os primeiros casos no Brasil a gente já ficou mais na expectativa, né, porque a gente acompanhava as reuniões da diretoria aqui do hospital e o pessoal dizia que essa epidemia, ou pandemia, podia realmente chegar aqui com mais força do que a gripe aviária, então assim, a gente estava na expectativa, na expectativa, achava que não ia acontecer, até que aconteceu, [...]. (E8)

Estes relatos demonstram que alguns funcionários do HC reagiram com descrédito aos sinais de alerta. Esta postura diante dos sinais de alerta pode ser compreendida a partir do que

Roux-Dufort (2007a, 2007b) denomina de ignorância gerencial. Conforme Roux-Dufort (2007a), esta ignorância é caracterizada por uma incapacidade dos gestores de perceber ou levar em consideração as imperfeições organizacionais que propiciam a ocorrência de crises. Transpondo esta questão da ignorância para a presente pesquisa, considerou-se que: (i) esta ignorância não é específica de gestores, como propõe o autor, já que também pode ser observada em funcionários e profissionais de modo geral; (ii) neste caso ocorreu uma incapacidade de percepção ou de se levar em consideração os sinais de alerta e de vulnerabilidade referentes à possível ocorrência de uma pandemia.

Esta problemática da percepção dos sinais antecedentes da crise também é abordada por Turner (1976), sendo que o mesmo considera este período antecedente como período de incubação da crise. Segundo o autor, “os eventos discrepantes começam a se acumular neste período sem suscitarem comentários, seja porque eles não são percebidos ou porque seu significado é mal compreendido” (TURNER, 1976, p. 393, tradução livre). A partir dos relatos analisados não foi possível especificar se a maioria dos funcionários deixou de perceber os sinais de alerta ou se os perceberam mas não os levaram em consideração, ou seja, não deram a devida importância. O que se pode observar é que, como descrito no relato do grupo focal 1, um dos problemas foi justamente convencer as pessoas de que os sinais de alerta indicavam uma efetiva possibilidade de ocorrência de uma pandemia. Como demonstrado no relato seguinte, a interpretação dos sinais de alerta foi influenciada pela experiência anterior com relação aos sinais de alerta da influenza aviária:

[...], como o surto anterior tinha sido da influenza aviária, não tinha sido uma coisa assim tão bombástica, como também já se comentava na época, então as pessoas não acreditavam, [...]. (E1)

Como demonstra a Entrevistada 1, o fato de que na influenza aviária também haviam sido feitos alertas, que não se confirmaram, influenciou no modo como as pessoas interpretaram os alertas da pandemia de influenza A/H1N1 e conseqüentemente como construíram sentidos sobre a situação que estavam vivenciando. Um dos aspectos observados foi justamente que as pessoas reagiram aos sinais de alerta com uma tendência para a normalização (WEICK, 2005), ou seja, tratar os sinais discrepantes percebidos como se fossem normais, como semelhantes aos sinais de experiências já conhecidas. É interessante destacar que Weick (2005) considera que uma das situações propícias para a realização de normalizações é justamente diante de doenças emergentes. Segundo o autor, “a tentação de fazer isso deve ser especialmente forte quando a doença é ‘emergente’, pois, tomado

literalmente, algo que emerge assemelha-se ao seu vizinho mais próximo em seu estágio inicial.” (WEICK, 2005, p. 56, tradução livre). Weick (2005) chama a atenção para o fato de que nas fases iniciais as pessoas não sabem que estão diante de uma doença emergente, já que a mesma pode ser inicialmente considerada apenas como uma variante de uma doença antiga e conhecida. Segundo o autor, neste caso de normalização as pessoas podem deixar de prestar atenção nas novas informações que chegam sobre a situação vivenciada (WEICK, 2005). Considerou-se que, neste caso, os sinais de alerta (as informações) sobre o surgimento de um novo tipo de gripe foram “normalizados”, ou seja, foram considerados apenas como mais uma ameaça que não se concretizaria, como havia sido na influenza aviária. Estas questões também podem ser observadas no relato seguinte:

A Entrevistada 10 da Epidemio vai te dizer que foram uns dias antes, ela já tava (avisando), e a gente tava achando que ela tava é, aumentando um pouquinho sabe; como teve aquela situação da gripe aviária né, e a Entrevistada 10 já é uma pessoa que sempre ela tá, o pessoal que trabalha com isso já tem essa visão, então ela na gripe já tinha nos deixado dois (alertas), e não aconteceu nada, então a gente, ‘não, a Entrevistada 10 tá exagerando’, e ela não tava exagerando dessa vez, [...], até porque ela tinha viajado pro exterior e já tinha visto a situação lá fora, ela estava dizendo, e a gente achando ‘não, não, não vai ser tudo isso, não’, de repente foi tudo isso assim de uma hora pra outra né, [...], ela já tava escutando notícias do exterior, né, que já tava rolando aí fora, e ela acompanha muito essa parte, e ela tava dizendo ‘vai chegar, tá chegando, vai chegar, vai acontecer’, e a gente achando não, [...], a gente estava ‘não, a Entrevistada 10, não é tudo isso, coisa e tal’, mas ela já tava, por causa dos boletins epidemiológicos que já estavam ocorrendo nos países, [...], já estava prevendo que a situação, a crise mundial ia chegar aqui pra nós né, e chegou né, e chegou de repente, foi num pico né, [...] (E4).

Este relato reforça um aspecto observado na fala da Entrevistada 01 apresentada anteriormente, uma tendência de negação destes sinais de alerta por parte das pessoas. Esta reação, que ocorreu concomitantemente com a normalização, pode ser observada quando as pessoas afirmam que não acreditavam nos sinais de alerta, ou seja, não acreditavam que haveria uma pandemia, e muito menos que ela chegaria ao contexto do hospital. Esta fala da entrevistada 4 é interessante na medida em que destaca um elemento essencial do processo de *sensemaking*, o de que ele é guiado por crenças (WEICK, 1995). Pode-se perceber no relato acima, crenças distintas entre a entrevistada 10 e a entrevistada 4 com relação à ocorrência da pandemia, e portanto, pode-se considerar que naquele primeiro momento as entrevistadas estavam construindo sentidos diferentes para a situação que estavam vivenciando. As reações de negação dos sinais de alerta, justamente pela crença de que eles não passavam de mais uma simples ameaça, também pode ser observada no relato de outros entrevistados:

[...], nós tivemos uma reunião com a *Entrevistada 10*, da Epidemiologia, quando ela expôs que a gripe já estava no Brasil, que tinham tido alguns casos e que nós deveríamos tomar algumas precauções, que daí envolveria a Direção, o Serviço de Epidemio, as unidades, tinha que preparar o pessoal de limpeza, o pessoal da nutrição, do hospital como um todo, só que até então não tido aqui nada, nenhum caso aparente, ela falou de medidas com a Patologia caso viesse a ter algum óbito, que até então, não tinha nada, é, e assim, a gente achava que não, que isso não ia acontecer. (E2)

- No início foi que ninguém queria acreditar, no começo foi assim, você falava e, ‘a mas isso não vai chegar aqui’, ‘isso é pra quem vai pra fora’, ‘esse tipo de paciente não vem pro HC’,
- lembra, as primeiras semanas foram assim,
- era uma negação,
- você tentava dizer que tinha que usar máscara, que tinha que atender com o avental,
- você ia lá olhar já tavam atendendo sem máscara,
- aí quando teve, depois, acho que quando apareceu o primeiro caso de óbito no Brasil, o primeiro caso grave no Brasil, acho que foi em São Paulo ou no Rio, no dia seguinte o hospital inteiro tava de máscara, [...]. (GF2)

Segundo alguns autores (DEJOURS, 1993; MITROFF *et al.*, 1989; MITROFF, 2007; ROUX-DUFORT, 2007a) esta reação de negação pode ser compreendida como um mecanismo de defesa utilizado pelas pessoas. Segundo Mitroff (2007), as pessoas acreditam que as crises não irão acontecer com elas, que não irão atingir suas organizações, apesar de haver sinais indicando possíveis crises. Neste sentido, os mecanismos de defesa podem conduzir a um agravamento das situações de crise (DEJOURS, 1993).

Esta relação também pode ser considerada do ponto de vista do processo de *sensemaking*. Ou seja, o modo como as pessoas realizam processos de *sensemaking* (constroem sentidos) em uma situação de crise influencia o desenvolvimento do próprio processo de crise, ou seja, os sentidos construídos e as ações realizadas podem propiciar uma resolução ou uma intensificação da crise (WEICK, 1988, 2010). Nos relatos analisados até então pode-se considerar que o modo como alguns profissionais do HC reagiram aos sinais de alerta, seja desconsiderando e ignorando (ROUX-DUFORT, 2007a), normalizando (WEICK, 2005), ou negando (ROUX-DUFORT, 2007a; MITROFF, 2007), contribuiu para o aumento da condição de vulnerabilidade do hospital diante da pandemia de influenza A/H1N1, já que possíveis ações de planejamento e preparação deixaram de ser realizadas.

Por outro lado, como já foi sinalizado em alguns relatos anteriores, observou-se que também houve funcionários e profissionais do hospital que agiram de modo a reconhecer e a acreditar nos sinais de alerta, conforme demonstrado a seguir:

É, eu acho que assim, a primeira coisa, eu lembro de estar passando pela sala, a TV ligada, quando escutei aquilo, voltei e assisti, e lembro de ter comentado com o pessoal em casa assim, meu Deus do céu, amanhã eu tenho que ir mais cedo pro hospital, é, isso pode ser muito grande, [...]. (E1)

Em 2009, o que que aconteceu, quando saiu o alerta, no dia que saiu o alerta, a gente já iniciou o trabalho aqui no hospital, e foi muito rápido porque a gente já estava, vamos dizer, sensibilizado, eu particularmente, então nesse mesmo dia de manhã eu já liguei pra secretaria estadual, pra secretaria municipal e aqui pro hospital pra gente ver como que a gente estaria se organizando para o início desse evento né, desse novo evento, que ainda naquele início você não sabia direito o que que era, o que ia acontecer, o grau de gravidade né. (E10)

- Foi um momento assim que eu achei muito interessante esse dia 27 de abril, uma segunda-feira de manhã, eu cheguei e já subi na tua sala, daí já chegou mais,

- daí já veio a *Entrevistada 2*

- e as pessoas estavam preocupadas com a notícia, e aí pensar em como agir rapidamente pra treinar esse universo todo do Hospital de clínicas em função dessa situação, e antes de treinar o problema era a gente conhecer, apesar de a *Entrevistada 10* já vir alertando isso há uns 2 anos, assim veementemente, e a gente já ter tido treinamentos de outras, é, da gripe aviária e da SARS, mas a hora que a coisa chega, muda, aí você tem que pensar rápido, agir rápido, estudar, pra nós foi assim muito decisiva esta questão do estudo, pegava informações do mundo todo, Brasil e do Ministério (da Saúde), e foi como a *Entrevistada 10* falou, um dado assim, as vezes 2 vezes por semana vinha informação nova pro controle de infecção, como que agia, se isolava, se não isolava, se usava máscara, se usava respirador, então a dinâmica do serviço alterou completamente. (GF2)

É interessante perceber como este grupo de profissionais reagiu aos sinais de alerta, de um modo bem diferente dos apresentados até então. Desde o primeiro sinal de alerta, emitido pela OMS no final de abril de 2009, as pessoas já iniciaram uma mobilização de preparação para a pandemia. É como se este grupo de profissionais, que percebeu e levou em consideração os sinais de alerta, acreditasse desde o primeiro momento que a pandemia, de algum modo, chegaria ao hospital. Esta crença influenciou significativamente o processo de *sensemaking* realizado por estes profissionais (WEICK, 1995).

Pode-se verificar nestes relatos como o *sensemaking* é um processo social realizado a partir de uma constante inter-relação entre ação e interpretação (WEICK, 1995; WEICK *et al.*, 2005). Estas pessoas buscaram construir sentidos para o que estava acontecendo a partir de ações que realizaram, como por exemplo: ir mais cedo ao hospital no dia seguinte ao alerta, ligar para as secretarias municipais e estaduais de saúde, organizar treinamentos para os funcionários do hospital, estudar, buscar informações, etc. Segundo Weick *et al.* (2005), um questionamento que caracteriza o *sensemaking* é “o que está acontecendo aqui?”. Após

esta pergunta outra que se segue e igualmente importante é: “O que eu faço agora?” (WEICK *et al.*, 2005). Desde modo, os autores demonstram como a busca pela construção de um sentido plausível está intimamente relacionada às ações realizadas naquele contexto. Outros exemplos de ações realizadas por estes profissionais diante dos primeiros sinais de alerta podem ser observadas no seguinte relato:

[...], a gente começou o treinamento foi em abril quando a OMS já fez o alerta, né, metade de abril começo de maio foi feito o alerta e a gente já começou a ser organizar, é, junto com o pessoal da CCIH principalmente, ver de quanto material nós precisaríamos e de como é que você treina, treinar o pessoal pra usar as roupas, pra fazer os descartes, fazer todo fluxo, então já era mais ou menos metade de maio, por aí, e a gente já tinha mais ou menos uma estrutura preparada, [...]. (E5)

Pode-se perceber que apesar da grande incerteza presente no início com relação ao que seria esta pandemia, estes profissionais iniciaram ações de preparação e organização do hospital para uma possível pandemia. Diferentemente dos profissionais considerados anteriormente, estas pessoas reconheceram os sinais de alerta e a condição de vulnerabilidade do hospital, o que as mobilizou para a realização destas ações de preparação. Portanto, é interessante perceber como tais ações, como, por exemplo, de realização de treinamentos, de levantamento dos materiais necessários e de estabelecimento de fluxos de atendimento já remetem à práticas e atividades do processo de *strategizing* (JARZABKOWSKI, 2005; WHITTINGTON, 2006), conforme analisado no tópico 4.5.

Na temática seguinte são analisados aspectos referentes ao processo de *sensemaking* relacionados ao momento de ruptura e de fase aguda da crise.

Tema 2: “porque a gente estava desesperado em tentar entender o que estava acontecendo”

Nesta temática foram analisados relatos que remetem à caracterização de situações de incerteza durante a crise. Considerou-se que esta condição de incerteza foi intensificada durante e após o momento de ruptura da crise, caracterizando como um momento em que ocorreu um colapso do *sensemaking* (WEICK, 1993). A incerteza gerou uma sensação de insegurança e medo nos funcionários e profissionais do HC. Também foram analisados nesta temática alguns relatos que demonstram uma mobilização das pessoas para construir sentidos plausíveis sobre o que estava acontecendo, e assim, reduzir a incerteza.

As condições de incerteza com relação a como seria o desenvolvimento da gripe A puderam ser percebidas desde os primeiros momentos após a declaração da OMS sobre os primeiros casos do novo vírus de influenza, como pode ser observado no relato da Entrevistada 10:

Realmente eu pensei, nossa o que que vai ser, que tipo de gravidade que vai ser né, e as primeiras (notícias), vinham com uma quantidade de óbitos do México absurda, uma quantidade de casos impressionante, então no início a própria mídia divulgava dados totalmente desconexos, pensei nossa mãe, o negócio tá, vai ser feio. Depois foi uma equipe lá, de, sei lá, 100 óbitos caiu pra 7, então houve depois uma mudança, e aí a gente viu que, ou seja, tinham casos graves mas não era com o percentual de gravidade que a gente tava, é, [*avaliando num primeiro momento ?*], é, exatamente. (E10)

Neste relato pode-se observar que já a partir das primeiras notícias sobre a influenza A uma das entrevistadas relatou a incerteza com relação a como seria o desenvolvimento da doença. Segundo Weick (2005), uma doença emergente pode ser compreendida como um problema não rotineiro, sendo, portanto, caracterizada pela presença de sinais equívocos e ambíguos. Estas características puderam ser observadas, por exemplo, quando a entrevistada fala sobre as primeiras notícias que divulgavam informações desconexas. Apesar de terem ocorrido desde o início, os relatos indicam que as situações de incerteza se intensificaram a partir do momento de ruptura da crise, conforme discutido a seguir.

Segundo Roux-Dufort (2007a) no momento de ruptura ocorre um colapso do *sensemaking* (WEICK, 1993). Este colapso se caracteriza por uma repentina perda de sentido, podendo ocorrer diante de eventos inesperados. Segundo Weick (1993), a ocorrência de um evento desta natureza pode ser compreendido a partir do que ele denomina de episódio cosmológico:

um episódio cosmológico ocorre quando as pessoas sentem de um modo repentino e profundo que o universo não é um sistema tão racional e ordenado. O que torna este episódio tão avassalador é que tanto o sentido do que está acontecendo, quanto os meios de reconstruir este sentido, entram em colapso juntos. (WEICK, 1993, p. 633, tradução livre).

Portanto, em um episódio cosmológico ocorre um colapso dos sentidos sobre o que está acontecendo em determinada realidade. Segundo o autor, um episódio cosmológico é vivenciado como o oposto de um *déjà vu*, ou seja, por sensações como: “eu nunca estive aqui antes, eu não tenho idéia de onde eu estou, eu não tenho idéia de quem pode me ajudar” (WEICK, 1993, p. 633, tradução livre). Neste sentido, o momento de ruptura da crise é compreendido como um episódio cosmológico em que ocorre um colapso do *sensemaking*

(WEICK, 1993; ROUX-DUFORT, 2007a). Estes aspectos podem ser observados nos seguintes relatos:

[...], nós não sabíamos o porte do que estava acontecendo, no começo era aquilo, ninguém sabia o que estava acontecendo, [...], e a dúvida, a insegurança né, porque você não sabe efetivamente com o que está lidando; a notícia, todo dia ela vem de uma forma pesada, e, é maçante né, todo dia né, não sei quantos mil pegaram a gripe e tal, [...], a gente não sabia quantas mil pessoas iam pegar a gripe, só sabia que mil aqui, não sei quantos ali, ‘estamos com quinhentos’, ‘estamos com mil e quinhentos’, não sei quantos, você não sabe, então isso é uma insegurança, [...]. (E6)

[...], porque a gente não sabia que tamanho isso seria, né, é, os materiais, com o material que a gente tinha a gente iria conseguir atender toda essa demanda? Até que tempo a gente conseguiria? Essa era uma preocupação porque mesmo os fornecedores, eles também não estavam preparados para tanto, porque isso acabou tendo uma mobilização nacional e todo mundo correu atrás, então conseguir comprar isso, não adiantaria ter os recursos e não conseguir comprar o material. (E9)

Este colapso do *sensemaking* pode ser observado nas falas em que os entrevistados afirmam que ninguém sabia o que estava acontecendo, que eles não sabiam com o que estavam lidando, qual seria a dimensão da situação em termos de pessoas infectadas e de consumo de materiais hospitalares, como luvas, máscaras, aventais, dentre outros. O Entrevistado 6 também descreveu o momento como uma situação de dúvida e insegurança. Estes relatos demonstram como ocorreu um colapso dos sentidos sobre o que estava acontecendo, bem como, sobre os meios de reconstruir este sentido, já que estavam diante de uma doença causada por um novo vírus, e que, portanto, eles não sabiam com o que estavam lidando, conforme observado nos seguintes relatos:

[...], então essa foi a principal dificuldade, o conhecimento do que era a doença pras pessoas né, então ninguém sabia, mesmo porque a nível do que já tinha acontecido no mundo, no Mexico e tudo mais, todo mundo se assustava, o que vai acontecer, então as pessoas tinham muito medo, e de circular né, de levar o material lá na Urgência e Emergência, então alguns já se recusavam, aí teve o envolvimento do sindicato, e essas coisas assim, então isso foi um grande desafio,” (E9)

[...], é um peso, é um peso, porque nossa, a direção ia fazer aquelas reuniões grandes e, *Entrevistada 10* aqui do meu lado, então eu falei, nossa mãe do céu, pensando assim, o que que vai acontecer né, e você também sabe que você dá a orientação mas você também não tem todas as variáveis na sua mão. (E10)

[...], porque não adiantava treinar só a equipe médica e de enfermagem, que nem eu falei pra você, o pessoal da limpeza tinha medo de entrar na UTI, tinha alguns que não queria entrar, assim como da enfermagem, é, o pessoal

da nutrição, que são as copeiras que vão entregar a alimentação, também era uma situação nova, até pra gente aqui em baixo às vezes você pensava, meu Deus o que que vai virar isso? (E2)

[...], então nós tínhamos uma máscara para fazer coleta de material de pacientes, quando se está muito próximo do paciente, tinha uma rotina de quais situações que se deveria usar estas máscaras, e a rotina de quando você deveria usar máscara cirúrgica, então o questionamento era, 'são máscaras seguras?', 'Eu não tenho que ter aquele escafandro?', eu posso fazer isso, posso fazer aquilo? (E1)

Na fala destes entrevistados também é possível observar que a incerteza e a insegurança características daquele momento mobilizaram sentimentos de medo nos profissionais e funcionários do HC. Segundo Weick (1993), o colapso do *sensemaking* pode gerar pânico nas pessoas. As pessoas de variados setores e serviços do hospital tinham medo de se colocar em qualquer situação na qual eles consideravam que estavam correndo risco de se infectarem pelo novo vírus, como por exemplo, entrar na unidade de Urgência e Emergência para repor materiais, realizar a limpeza da UTI, ou ainda, entregar alimentos nestes setores em que os paciente estavam internados. É possível considerar que estes sentimentos de medo e até mesmo de pânico estavam intimamente relacionados à vivência das situações de incerteza e de falta de compreensão sobre o que estava acontecendo. Esta relação é expressa nas falas apresentadas a seguir:

[...], eu acho que no início houve uma questão assim, até medo mesmo né, medo da situação, medo do desconhecido, eu acho que essa foi a sensação inicial (E4)

[...], o que que você tem mais medo na vida? Do que você não conhece, né, então isso é o que mais assusta, é, e a gente viu claramente isso. (E5)

Portanto, o medo mobilizado diante das situações de incerteza é caracterizado como o medo do desconhecido. Tratava-se de um desconhecimento sobre: a nova doença, a proporção que a situação tomaria, os riscos de infecção, e sobre a eficácia das medidas de proteção, como observado na fala da entrevistada 1 com relação ao uso das máscaras. Esta questão referente às vivências de medo será abordada em uma temática seguinte, cabe aqui o reconhecimento de sua relação com as situações de incerteza.

É interessante ainda analisar um aspecto importante sobre o processo de *sensemaking* neste contexto. Segundo Weick (1995), é justamente diante de ocasiões de incerteza que o processo de *sensemaking* é intensificado. Weick (1995) afirma que as pessoas se engajam em processo de *sensemaking* porque estão diante de uma situação para a qual não possuem

nenhuma interpretação plausível. Diante desta condição, de incerteza e desconhecimento, as pessoas buscam compreender o que aconteceu ou está acontecendo, ou seja, buscam construir sentidos plausíveis para aquela situação ou evento. Tais considerações podem ser observadas no relato seguinte:

[...], já nesse momento de todo mundo vindo, todo mundo pedindo, um monte de gente com muita dúvida pra mim, eu tive que dar um monte de aulas através de web conferência de como cuidar do doente, porque a gente estava desesperado em tentar entender o que estava acontecendo, [...], porque daí a gente não sabia como o doente ia evoluir e todo mundo tava morrendo. (E11)

Esta fala do Entrevistado 11 demonstra que, nesta tentativa de compreensão, alguns médicos recorreram à realização de web conferências para a busca e troca de informações para esclarecimento de dúvidas, principalmente sobre como cuidar dos pacientes com gripe A/H1N1. Esta fala do entrevistado ressalta ainda que a situação de incerteza era intensificada diante da ocorrência de óbitos de pacientes. Estes aspectos também podem ser observados no relato seguinte:

[...], daí eu lembro que tinha um pai que chegou, e que eu queria anunciar pro pai que o filho dele ia morrer, olha não tem mais o que fazer, a gente vai perder o teu filho, e a gente fez esse trabalho com a família de perder e, realmente morreu no final do dia. Quando morreu no final do dia, eu tava desesperado que eu queria fazer uma análise patológica daquele pulmão, mandar pra patologia clínica, que eu queria estudar aquele pulmão e ver o que eu podia ter feito de diferente, ia coletar material pra ver se não tinha infecção, eu queria fazer uma análise pós óbito, e o pai disse 'não, estou cansado demais, isso foi muito difícil pra mim, eu não deixo', [...]. Eu tentei transferir pra ele a minha, a minha tentativa de tentar entender assim, mas você tem a obrigação de dar isso, eu vou fazer mesmo que você não queira, né, eu falei pra ele, pra poder entender, porque aqueles ali também vão morrer, e eu não sei porque estão morrendo. Daí a gente não conseguiu vários, em vários doentes a gente não conseguiu fazer a anatomia patológica, e nos 3 que eu consegui a gente teve algumas informações, 3 doentinhos só. (E11)

O entrevistado relata uma situação ocorrida na UTI do HC. Neste contexto, a incerteza e o desconhecido estavam mais relacionados à questão da morte de pacientes que eram internados com gripe A. Como é possível perceber, naquele momento os médicos da UTI ainda não sabiam muito bem como o vírus estava agindo no pulmão dos pacientes. Nesta situação é possível perceber a questão da intensificação do processo de *sensemaking* diante da situação de incerteza e de desconhecimento. Neste sentido, o entrevistado relata um conjunto

de esforços realizados para tentar entender o que estava acontecendo, e principalmente, entender por que os pacientes estavam morrendo.

Para construir um sentido plausível para o que estava acontecendo o entrevistado tentou realizar análises patológicas pós-óbito nos pacientes que haviam falecido, porém na maioria dos casos os familiares não deram autorização para a realização deste procedimento. A necessidade de construir um sentido plausível foi tão intensa que o entrevistado chegou a dizer ao familiar que faria a análise patológica mesmo sem seu consentimento, pois ele precisava entender porque as pessoas morriam e o que ele poderia fazer de diferente, já que outras pessoas que estavam ali internadas poderiam ir a óbito também. Tais aspectos remetem ao processo de *sensemaking* realizado na UTI do HC durante a crise. Segundo Weick (2005, p. 57, tradução livre) “o *sensemaking* é um processo de diagnóstico dirigido à construção de interpretações plausíveis de sinais ambíguos que são suficientes para sustentar a ação”. Assim, o Entrevistado 11 pretendia construir uma interpretação plausível sobre o que estava acontecendo com os pacientes que estavam indo a óbito para que, então, esta interpretação sustentasse suas ações de tratamento dos demais pacientes.

A análise desta situação descrita no relato também demonstra a relevância da ação das pessoas no processo de *sensemaking*, conforme discutido no tema anterior. Foram as ações do entrevistado 11 de realizar as análises pós-óbito que possibilitaram que novas informações sobre a doença fossem adquiridas, e conseqüentemente, novos sentidos sobre o que estava acontecendo pudessem ser construídos. Observa-se como o processo de *sensemaking* se dá com base em uma constante inter-relação entre a ação e a interpretação (WEICK *et al.*, 2005).

O próximo tema aborda a questão do óbito de pacientes com gripe A/H1N1, ocorridos principalmente durante a fase aguda da crise. A maior incidência de óbito entre pacientes jovens também foi um aspecto relacionado às vivências de incerteza e incompreensão analisadas até então.

Tema 3: “Era muito paciente jovem morrendo, [...]”

Nesta temática foram analisados relatos que abordaram a ocorrência de óbitos de pacientes infectados pelo vírus influenza A/H1N1, considerado como um aspecto relevante na análise do processo de *sensemaking*. A maior ocorrência de óbitos entre pacientes jovens foi considerada como algo incongruente, que não fazia sentido para as pessoas, já que não é comum no contexto pesquisado que jovens morram em decorrência de gripe. Esta questão foi

analisada com um elemento do processo de *sensemaking* durante a fase aguda da crise. Também foram abordados aspectos referentes ao impacto emocional que a morte de pacientes jovens causou nos profissionais do hospital, sendo, portanto, um aspecto influente no modo como os profissionais construíram sentidos sobre a situação de crise.

Nos relatos das entrevistadas 2, 3 e 10 apresentados a seguir é possível observar que os pacientes internados com sintomas de gripe A/H1N1 e que vieram a óbito eram em sua maioria jovens que apresentavam uma rápida evolução da doença:

O paciente chegava em estado gravíssimo no hospital, os primeiros que chegaram, que morreram, tiveram uma evolução muito rápida, e eram muito jovens, então chamava a atenção das pessoas, [...]” (E3)

Era muito paciente jovem morrendo, e pessoas sem doenças prévias, então, isso não são máquinas, então, dava também pra eles (profissionais) essa sensação de impotência, o paciente já chegava muito grave e a evolução era muito rápida, o paciente chegava praticamente caminhando e evoluía pra uma insuficiência respiratória em pouquíssimas horas, era muito, era uma coisa, uma sensação de impotência absurda; teve uma paciente que chegou aqui conversando, falando, ai foram ver a oximetria dela tava de 30, então em pouquíssimos minutos ela já estava entubada, já, é, e os casos assim, muito rápido a evolução, e isso é um pouco assustador. (E10)

A princípio a gente achava que não ia acontecer tão rápido como foi, uma doença assim que veio rápido, é, acometia mais pessoas jovens, pessoas com um nível bom de saúde, e que evoluíam rapidinho e pra óbito, então nem nós do hospital estávamos preparados, nem a população, porque essas pessoas que perderam filhos, filhas, pais jovens ainda, era muito difícil de a gente tratar. (E2)

Como observado na fala das entrevistadas, além da rápida evolução da doença, o fato de que pessoas jovens que não tinham outras doenças prévias e que possuíam um bom nível de saúde estavam indo a óbito foi um aspecto marcante deste período de crise. Estas ocorrências foram consideradas como discrepantes e atípicas, ou seja, não é normal que pessoas jovens, até então com boas condições de saúde, venham a óbito após uma infecção por vírus de gripe. Esta situação remete às considerações de Roberts *et al.* (2007, p. 108, tradução livre) de que “as situações de crise forçam as organizações a rapidamente construir sentidos de ambientes turbulentos que geralmente não se assemelham a nada que eles já tenham experienciado”. Neste sentido, Starbuck e Milliken (1988 *apud* WEICK, 1995, p. 100) afirmam que as ocasiões básicas para o *sensemaking* são “eventos incongruentes, eventos que violam os *frameworks* perceptivos”. Assim, estes eventos incongruentes, justamente por questionarem as referências e os significados compartilhados até então sobre determinada

situação ou realidade, mobilizam as pessoas para construção de novas interpretações capazes de explicar estes eventos discrepantes. Para Weick *et al.* (2005) o *sensemaking* é mobilizado pelo questionamento “isto é igual ou diferente?”. As situações consideradas como diferentes demandam esforços de compreensão e de construção de novos sentidos que reduzam a incerteza e a insegurança que surgem diante do desconhecido. Os relatos apresentados a seguir também exemplificam como o grande número de pacientes jovens, internados na UTI por gripe, foi algo vivenciado como “diferente” pelos profissionais do hospital, e ainda, de como os óbitos destes jovens, até então saudáveis, foi tido como algo incongruente, que não fazia o menor sentido para os profissionais e para os familiares dos pacientes:

E eu sempre tenho a UTI lá em cima que eu chego, é uma UTI de idosos, né, tem bastante idosos, e eu vi num momento assim, num dia desses assim de atendimento, que eu cheguei lá, e a nossa média de atendimento era de pacientes de 20, 24, 25 anos, e esse foi o lado triste, a gente olhar assim e ver, eu que sou mãe de adolescentes né, a gente ver, é, realmente uma UTI de jovens, jovens morrendo, isso foi o triste dessa pandemia, sabe assim, que eu acho que foi o ponto que marcou o grupo como um todo, tá, o grupo como um todo, a gente via pessoas da equipe chorando por ver pessoas jovens morrendo. (E4)

[...], e agora o máximo foi que o pessoal da gripe teve uma mortalidade alta, então eu tinha gente com o perfil da gripe né, que eram pessoas muito jovens, 20, 23 anos, que não tinham nenhuma doença até aquele momento, e que o pai já tinha levado, ou o doente, no posto de saúde umas duas, três vezes antes dele ficar grave, e o médico ‘isso é só gripe, vai pra casa’, ele voltava, ‘isso é só gripe, vamos fazer um anti-térmico e volta pra casa’, daí ele voltava, ‘a isso é gripe, se o antitérmico não funcionou vamos fazer um antibióticozinho e volta pra casa’, aí na quarta vez que ele trazia o cara tava muito grave e vinha pra mim aqui, em menos de 12, 24 horas, morria. [...], eu tinha uma família que normalmente é parceira com a gente, contra a gente porque estava revoltadíssima com o resultado, que era o óbito da filha que não tinha doença nenhuma, [...], e daí, como é que morreu, gripe morrendo? Como que o povo entendia isso? (E11)

Foi uma situação diferente já que a UTI, que geralmente é uma “UTI de idosos”, havia se tornado durante a pandemia uma “UTI de jovens”, e foi uma situação incongruente, e incompreensível, já que pessoas jovens e “saudáveis” morreram de gripe.

Como observado na fala da entrevistada 4, o óbito destes pacientes jovens também causou um forte impacto emocional em alguns profissionais do hospital, como quando ela relata o sentimento de tristeza vivenciado diante destas mortes. São considerados aqui outros relatos que remetem à sentimentos e aspectos emocionais relacionados à vivência dos profissionais durante a pandemia, considerando-os como elementos importantes do processo de *sensemaking* (WEICK, 2010).

Pode-se observar relatos em que os entrevistados falam que em determinados momentos se sentiram impotentes, incapacitados e incompetentes, principalmente nas situações em que não conseguiam tratar os pacientes em estado grave e diante dos casos de óbito, como demonstrado a seguir:

[...], você sentiu o clima né, sentiu esse clima maluco, todo mundo morrendo e daí o medo da pessoa ficar doente, então além de toda essa confusão de você se sentir o incompetente, de você se sentir o cara que não está conseguindo ajudar, e daí tanto o médico quanto o enfermeiro, a gente tem esse senso de que a gente tem que fazer alguma coisa né, a gente está acostumado, aqui é UTI, a gente está acostumado a ver doentes graves, e apesar disso a gente tira vivo, só que aí a gente tava de mãos atadas, a gente não sabia o que fazer, morria igual, e pior, não é o doente que a gente tava acostumado, eram doentes que não tinham doença, eram doentes que eram muito jovens, então essa incompetência foi terrível. (E11)

Nós tivemos uma paciente que até a Maria (nome fictício, funcionária da Epidemiologia participante do grupo focal 1) tinha guardado uma foto dela que saiu no jornal, ela tinha acabado de se formar em direito, ia pra fora fazer uma pós, ela chegou no PA e ela pediu pra ser entubada porque ela não aguentava mais, e no outro dia a gurria tava morta; então eu acho que todo mundo sentiu como eu assim, incapacitado, não tinha o que fazer, a gente queria fazer, [*fica esse sentimento*], de incapacidade, sabe, de você sentar perto da pessoa e pensar meu Deus. (E7)

[...], é, eu cheguei naquele momento de, nossa a gente tava num momento de impotência, eu ia, eu convivi muito com a equipe da UTI, agora até estou indo pouco lá, é que antes eu ia todo dia lá, de manhã e de tarde, e acompanhava, aí falavam, agora foram quatro que faleceram essa noite, aí você olhava, era 27 anos, 24 anos, aí é duro né, você pegar aquele momento, e aí, e, a gente teve 24 óbitos confirmados, mas nós tivemos outros 25 óbitos na mesma época por quadro respiratório que, algumas a gente fechou com o diagnóstico mas, ficou aquela, outros sem diagnóstico né, que pode ter sido H1N1 com certeza né; isso em 2 meses né. (E10)

Como é possível observar nos relatos, os profissionais tentavam cuidar dos pacientes, porém em muitos casos não havia nada a ser feito, as tentativas de tratamento não surtiam resultado de melhora. Esta situação pode ser compreendida a partir da consideração de Roux-Dufort (2007a, p. 244, tradução livre) de que em uma situação de crise “os procedimentos e as rotinas disponíveis são geralmente inapropriados para promover soluções satisfatórias”. Ainda neste sentido, Roberts *et al.* (2007) também enfatizam que as rotinas organizacionais que geralmente funcionam muito bem em condições normais geralmente falham nas condições de crise. Como observado nos relatos acima, os entrevistados afirmam que em muitos momentos eles não sabiam o que fazer, já que estavam lidando com doentes com os quais não estavam

acostumados, doentes que não respondiam suficientemente aos tratamentos e cuidados usualmente realizados.

Esta situação de incapacidade diante dos pacientes graves, bem como a grande incidência de óbitos, causou um forte impacto psicológico e emocional em alguns profissionais, como apontado nos relatos seguintes:

[...], isso gerou também um estresse psicológico dentro da UTI, né, porque eles eram pacientes extremamente graves, jovens né, e graves, então era um paciente que tinha que ficar numa posição diferente, e eles faziam, faziam, faziam, faziam e os doentes não melhoravam, então teve que ter apoio psicológico lá, nós tivemos que por psicólogo pra trabalhar dentro da UTI com os funcionários porque eles entraram em colapso assim, porque não tinha o que fazer, faziam e faziam e o doente não respondia a absolutamente nada, [...]. (E3)

[...], é o que eu acho que só foi assim, não é que foi ruim, é que ninguém tava preparado psicologicamente, principalmente os médicos né, para uma situação dessa de atender tantos pacientes jovens, esse pacientes vinham relativamente bem e, a, piora era muito rápida, então isso abalou muito, eu acho, a parte psicológica. (GF2)

Pode-se observar como aspectos emocionais tiveram uma forte influência no modo como os profissionais e funcionários do HC vivenciaram esta situação de crise. Estes aspectos emocionais também foram analisados na temática seguinte, mais especificamente com relação aos sentimentos de medo e pânico por parte dos profissionais.

Tema 4: “nós todos estávamos também, é, com medo, de todos pegarmos a doença e morreremos”.

Nesta temática foram analisadas falas sobre o risco de que os profissionais do hospital fossem infectados pelo vírus da gripe A/H1N1, bem como as vivências de medo e pânico relacionadas a este risco. Considera-se que a reflexão sobre estes aspectos é relevante para a caracterização do processo de *sensemaking* na medida em que influenciaram os sentidos que foram sendo construídos durante a crise (WEICK, 2010; MAITLIS e SONENSHEIN, 2010).

Pode-se observar nos seguintes relatos esta problemática do risco de infecção pelo vírus, bem como, dos sentimentos de medo e pânico vivenciados pelos funcionários do HC:

É, na verdade a, a pandemia, ela realmente mexeu com todo mundo, mexeu com o psicológico das pessoas, porque realmente é uma situação onde existem riscos pra população e pra própria população interna né, pros trabalhadores, pra todo mundo que convive aqui no hospital, [...]. (E14)

[...], depois, nós todos estávamos também, é, com medo, de todos pegarmos a doença e morrermos, [...] (E14)

[...], inicialmente o pessoal técnico, o pessoal de apoio não tinha noção do porte dessa pandemia, também ao risco que eles estavam se expondo. Esta questão foi uma questão que ficou bem acentuada no sentido de que o pessoal começou a ficar com pânico, e também aquelas informações que corriam diariamente por internet, por email, boatos, então deu uma insegurança muito grande na parte do pessoal de apoio, [...]. Funcionários nossos de apoio, da área de higiene, por exemplo, mesmo do refeitório, da nutrição, que também fazem a entrega de alimento nos leitos, também ficaram em pânico. (E6)

O pânico que foi dentro do hospital com os próprios trabalhadores do hospital, tanto a enfermagem, quando o pessoal da higiene, da nutrição, cada um trazia uma informação, cada um tinha um medo, [...]. (GF2)

Nestes relatos é possível perceber que o medo dos profissionais estava relacionado ao risco de infecção pelo vírus influenza A/H1N1, e ainda, do risco de morte decorrente da gripe, como relatado pela entrevista 14. Estes sentimentos de pânico e medo, vivenciados pelos funcionários do hospital, são a expressão clara do que Pearson e Clair (1998) consideram como um dos aspectos que caracterizam uma crise organizacional, o de que a crise é subjetivamente experienciada pelos indivíduos envolvidos como uma ameaça pessoal e social. Esta ameaça se configurou basicamente como ameaça de adquirir a gripe A, e de eventualmente, em decorrência disso, ir a óbito.

Estes relatos também apontam para outro aspecto, o da relação entre as informações que as pessoas tinham sobre a situação que estavam vivenciando e os sentimentos de medo. Como comentado pelo entrevistado 6, os “boatos” que circularam na época sobre a situação no hospital aumentaram a insegurança e o pânico entre os funcionários. A relação entre informação e os sentimentos de medo também foi abordada pela entrevistada 3:

Foi muito difícil, os funcionários não tiveram uma boa aceitação, no começo o medo era uma coisa muito forte, a equipe médica, todos, todos, todos com muito medo das coisas, é, não queriam atender os pacientes né, lá na Urgência e Emergência, que era onde os pacientes chegavam, até não era tanto, e acho que as informações chegavam primeiro pra eles né, porque eles iam receber o paciente então eles sabiam um pouco mais, no resto assim, a maioria das pessoas ficou apavorada, eles tinham medo de ter o paciente aqui, que era um absurdo colocar esses pacientes aqui, que estava pondo em risco toda população, os médicos apavoradíssimos, [...]. (E3)

Além de também enfatizar os sentimentos de medo por parte dos médicos do HC, a entrevistada 3 aponta para a consideração de que entre os médicos da Urgência e Emergência,

composta pelo Pronto Atendimento e pela UTI, não havia tanto esta vivência de medo porque estes recebiam as informações antes do que os demais médicos. A idéia presente nesta fala da entrevistada é a de que o acesso à informação fazia com que os profissionais tivessem menos medo de atender os pacientes, ainda que estivessem no setor responsável pelo atendimento dos pacientes mais graves. Pode-se considerar ainda, a partir desta fala, que os médicos de outros setores do hospital vivenciaram mais sentimentos de medo porque tinham menos informações sobre a doença e sobre os tratamentos realizados. Esta relação se aproxima à análise já realizada sobre a vivência de situações de incerteza, de falta de sentido, nas quais o medo é mobilizado diante do desconhecido. Neste caso, o medo não é decorrente do conhecimento do risco, mas sim, da falta de conhecimento. Por isso, o acesso à informação amplia as possibilidades de conhecer e de construir sentidos plausíveis para aquilo que está ocorrendo, diminuindo a incerteza e o medo do desconhecido.

De outro modo, também pode-se identificar as vivências de medo decorrentes do conhecimento sobre o risco, como por exemplo, no relato da entrevistada 1 apresentado a seguir em que é possível observar o medo relacionado ao risco de morte:

[...], é uma situação ambígua, exatamente, sou mortal, sou suscetível, posso morrer também como o paciente pode morrer. É, essa situação assim de, de doação pro paciente e responsabilidade com o seu gesto profissional, do seu dia-a-dia em relação ao paciente, isso foi muito interessante na UTI, que ela recebeu daí pacientes muito graves, então, com certeza essa equipe tem um relato muito, muito rico também, porque chegavam assim pacientes na pior condição, você tem que ficar dentro do box do paciente, junto com ele o tempo todo, e é parada, e faz medicação, e aspira, [...]. (E1)

A entrevistada 1 também aborda outro aspecto relevante, o senso de responsabilidade do profissional de saúde diante daquela situação. Pode-se observar que o aumento do risco, e do medo, estão diretamente relacionados a um sentido de responsabilidade profissional e de doação pessoal no atendimento dos pacientes com gripe. Outros entrevistados também abordam esta questão do papel dos profissionais de saúde do hospital naquela situação:

[...], porque o pânico tava tomando conta, e como nós estamos nesta área de saúde, nós temos que, que atuar né, não podemos sair correndo, nós temos que encarar né, temos de enfrentar. (E6)

[...], tratar o pânico das pessoas foi difícil sabe, e a gente só conseguiu isso conversando, você tinha que tratar do doente e do pânico das pessoas, e teve mesmo, até os médicos, os médicos foi surpreendente, quase que eu dizia assim, 'chame o médico', né, eu falei assim, 'gente, escute, vocês são médicos'. (E3)

Como relatado pela entrevistada 6, mesmo em um contexto em que pânico estava tomando conta, os profissionais da área de saúde tinham um senso de responsabilidade e dever em atender os pacientes, em enfrentar aquela situação. Porém, como demonstrado pela entrevistada 3, este sentido de responsabilidade profissional não impedia que os profissionais de saúde também tivessem sentimentos de pânico. A entrevistada 3 demonstrou como as vivências de pânico foram expressivas, como quando ela afirma que era preciso tratar tanto do doente quanto do pânico das pessoas.

Os relatos também indicam que o medo da infecção pelo vírus da gripe também estava relacionado a uma preocupação em transmitir o vírus para a família, como observado a seguir:

[...], e aquela preocupação com a casa né, a gente sai daqui, então chegou uma hora que as pessoas começaram a falar, ‘será que a gente pode ir pra casa, será que nós não temos que ficar aqui, né, em quarentena, eu posso ficar circulando assim?’, [...]. (E5)

[...], então assim, acho que as pessoas, é, talvez com medo de pegar ou levar pros seus familiares, ou até do cuidado do paciente mesmo né, porque esse fator de ver as pessoas morrendo pegou bastante né, [...].(E4)

Cada vez que eu ia na UTI vinha sempre um médico de um plantão diferente e, ‘a eu queria conversar com você’, e sempre era uma situação sua. Então nós passamos de um momento em que a pessoa não estava só pensando no paciente, a pessoa estava pensando, eu, nossa, meu filho, a minha mulher está grávida, o que que eu devo fazer? Eu fico com ela, não fico com ela? Então, toda essa questão foi muito problemática, principalmente pras gestantes né, que foi um momento difícil, e tinham vários médicos aqui com as esposas grávidas, eles estavam muito aflitos, [...]. (E10)

Como é possível observar nos relatos, o medo de se infectar pelo vírus não era apenas em decorrência de uma preocupação com a própria saúde, mas também com a saúde dos familiares, já que a partir do momento em que estivessem infectados também seriam transmissores do vírus. Neste contexto é interessante a proposição de Dejours (1991, p. 66), quando afirma que “o medo relativo ao risco pode ficar sensivelmente amplificado pelo desconhecimento dos limites deste risco ou pela ignorância dos métodos de prevenção eficazes”. É como se o medo dos funcionários do HC fosse amplificado justamente por não saberem exatamente quais eram os limites do risco a que estavam expostos, inclusive ao ponto de se questionarem se eram apenas eles próprios que estavam em risco ou se seus familiares também corriam risco. Esta questão fica clara no relato da entrevistada 5 quando a mesma fala que os funcionários chegaram a questioná-la se eles precisariam ficar em quarentena no hospital pra não expor seus familiares ao risco.

Estes sentimentos de medo e pânico descritos até aqui foram importantes no processo de *sensemaking* durante a crise, principalmente porque interferiram nas ações adotadas e nos sentidos que foram sendo construídos pelos funcionários, conforme exemplificado pelo seguinte relato:

[...], acho que essa foi a pior situação, porque nós tínhamos toda a estrutura pronta, todos os insumos necessários, tinha a equipe na área médica preparada, e daí você trabalhar com esse pânico do pessoal não é fácil. Você acaba compreendendo, até compreende né, não vamos mandar vai lá e faça, a gente acaba compreendendo, tem que esclarecer, tem o trabalho da CCIH, esclarecer, e aqueles que se sentiram com segurança continuaram atuando né, uns ou outros muitos se recolheram nas suas unidades e ficaram quietinhos né, aí a gente compreendeu. (E6)

Esta fala do entrevistado 6 demonstra um aspecto observado na análise dos dados, de que foram sendo construídos basicamente dois sentidos predominantes entre os funcionários do HC durante a crise. O primeiro remete à ideia de que os funcionários não estavam seguros naquela situação, e de que, diante do risco de infecção e dos sentimentos de medo e pânico, o melhor a ser feito era não continuar trabalhando, seja se recolhendo em suas unidades ou se afastando no local de trabalho. O segundo remete à ideia de que os funcionários estavam seguros, principalmente em decorrência das práticas de higienização e de uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas, máscaras, aventais, e de que, sendo assim, poderiam continuar trabalhando e atendendo os pacientes. Estes dois sentidos construídos são guiados por crenças e ações diferentes (WEICK, 1995). As próximas duas temáticas são voltadas para a análise de cada um destes sentidos.

Tema 5: “a pessoa realmente se afastou porque não quis ficar aqui trabalhando”.

Nesta temática foram agrupados os relatos que indicam situações em que os funcionários e profissionais do HC deixaram de trabalhar durante a crise, alguns destes se afastaram em decorrência de atestados médicos e outros continuaram indo ao hospital, porém, se negaram a realizar suas atividades de trabalho. Considerou-se que estas ações podem ser compreendidas como relacionadas a um processo de construção de sentidos sobre as situações e os riscos a que estavam expostos e sobre a crise em si. Para estes funcionários e profissionais, o sentido plausível construído naquele contexto de risco e crise era de que deveriam se afastar do hospital e parar com suas atividades, ou seja, de que não iriam continuar se expondo ao risco de contraírem a nova gripe.

Aqui pode ser analisada a consideração de Weick (1995) de que o *sensemaking* é guiado mais pela plausibilidade do que pela precisão. Assim, não se trata de uma análise precisa de qual o grau de risco a que os profissionais estavam sujeitos, com base na utilização de técnicas de análise de risco que se baseiam em probabilidades estatísticas, mas sim de uma interpretação compartilhada entre os atores, de um sentido plausível construído. O sentido plausível construído foi de que estavam em risco, e de que diante disso o melhor seria parar de trabalhar, se afastar do trabalho.

Os relatos apresentados a seguir demonstram situações em que as pessoas não queriam mais ir trabalhar durante a crise, ou faltavam ao trabalho ou apresentaram atestados médicos e ficaram afastadas:

[...], eu tive situação não só de nível médio, mas também de nível superior que a pessoa realmente se afastou porque não quis ficar aqui trabalhando, [*quer dizer, o medo chegou a tal ponto de realmente*], a tal ponto de o profissional de nível superior dizer realmente ‘eu não vou ficar e vou pegar atestado’, e pegou o atestado e saiu, [...]. (E4)

- Aí tinham funcionários que não queriam vir trabalhar e inclusive não vieram, não vieram mesmo,
- Teve um dia né que a zeladoria teve se não me engano 38, 48 faltas, de pessoas que não vieram trabalhar, [...]. (GF2)

[...], porque os que estavam com atestado a gente não podia obrigar, não podia questionar né, eles diziam que estavam de atestado e que não vinham, [...]. (E2)

[...], tinha funcionário que não queria atender, não queria receber corpo, eles estavam em pânico, todo mundo, né, foi tudo muito confuso, muito complicado, aí, se era obrigado a atender, por exemplo, daqui a pouco no dia seguinte, recebia 2 ou 3 pedidos de afastamento porque o funcionário dizia que estava com dor de cabeça, cefaléia, porque tinha pegado a gripe, né, nós ficamos, teve uns dias aí que nós ficamos sem 3 funcionários da necrópsia que estavam afastados por motivo de saúde, porque achavam que tinham contraído a gripe, [...]. (E15)

Pode-se observar como a apresentação de atestados médicos, e conseqüentemente o afastamento do trabalho, foi algo característico deste período de crise. Considera-se que esta atitude de se afastar do trabalho pode ser compreendida como uma ação de resposta diante do risco de infecção pelo vírus da gripe. Cabe ressaltar que esta atitude dos profissionais de se afastarem do hospital ocorreu em um período marcado pela incerteza e insegurança, como analisado anteriormente, ou seja, as pessoas ainda não sabiam como a gripe se desenvolveria e não havia sequer previsão quanto à disponibilidade de vacinas para a nova gripe. Observou-se

que estes afastamentos do trabalho estão intimamente relacionados com a vivência dos sentimentos de medo e pânico, como também observado no seguinte relato:

[...], e junto floriu na gente o medo da gente pegar, eu tinha uma enfermeira que ficou assim, ‘puxa mas se eu pegar esse negócio e levar pro meu filho em casa’, entendeu, ‘e se meu filho pegar eu nunca vou me perdoar’, e daí ela queria ir embora, ela não queria trabalhar aqui, ela queria, ‘eu não, não vou trabalhar não, eu vou pedir afastamento porque como é que eu vou trabalhar, eu não vou me perdoar se meu filho de 3 aninhos ficar doente com esse troço e eu perder ele’, né, e daí veio esse peso a mais de um troço que a gente não tava entendendo, não tava conseguindo tratar, eu podia ficar doente e podia passar pra alguém que é importante pra mim, [*aí completou né*], cara eu duvido que você ache um quadro de mais pânico do que esse, dentro de uma situação de assistência à saúde. (E11)

Esta fala do entrevistado 11 demonstra como o medo de se infectar, e consequentemente de, em decorrência disso, transmitir o vírus para familiares, impulsionou as ações de afastamento. Também neste sentido, como resposta ao risco de infecção e às vivências de medo, pode-se observar que alguns funcionários, apesar de continuarem indo ao hospital, se negaram a realizar suas atividades de trabalho. Pode-se observar nas entrevistas que esta atitude ocorreu entre funcionários de diversos setores do hospital, dentre eles, no setor da Anatomia Patológica, responsável pela realização das necrópsias nos pacientes que vão a óbito no hospital, como comentado pela entrevistada 4:

O pessoal do necrotério, se negaram a fazer biópsia aqui, aí o nosso médico da UTI queria biópsias né, porque essa é uma doença nova, isso cientificamente é, o que que está acontecendo, até pra ver qual era a medicação, isso é científico, pesquisa científica em cima; teve uma rebelião lá, o pessoal do necrotério disse que não ia fazer, porque não tinha o tal dos fluxos lá, não conseguimos a maioria das biópsias. (E4)

Como demonstrado na fala da entrevistada, apesar da importância da realização das atividades de análise dos óbitos para obtenção de informações sobre a nova doença, os profissionais da Anatomia Patológica (necrotério) se negaram a realizar as biópsias. Esta questão foi abordada pela entrevistada 15, coordenadora do setor de Anatomia Patológica no período da pandemia:

[...], e uma das coisas que mais foram problemáticas na nossa área aqui, na Anatomia Patológica, foi o fato de que, nós não tínhamos condição de fazer com segurança necrópsia de uma doença infecto contagiosa que ainda não era muito bem conhecida, principalmente com respeito a sua infectividade, por conta de termos salas de necrópsia e material de proteção em condições inadequadas. Temos uma reforma pra vir, estamos aguardando uma reforma, mas isso veio antes da reforma, então nós temos salas de necrópsia

que é, uma só, são duas, mas uma delas está em condição inadequada, então só utilizamos uma, pra você ter uma idéia, a janela dessa sala de necrópsia esta quebrada, tem comunicação com a rua, com o meio ambiente, é, o ar condicionado não estava funcionando, então não havia um sistema de ventilação adequado, não tem exaustão, não tem tratamento do ar. [...], mas a gente no começo não se expôs, e a nossa posição depois das duas primeiras necrópsias que aconteceram sem condição foi de não fazer necrópsias na sala de necrópsias, isso gerou bastante problemas né, bastante dificuldades aqui dentro do hospital, [...]. Até hoje pra muitos lugares do HC parece simplesmente que nos negamos por medo, mas não foi, foi por falta de condição absoluta mesmo, na época a janela era mantida aberta com um cabo de vassoura, o vidro estava quebrado, tinha pombo entrando na sala, a janela dá pra rua onde passam pessoas, pacientes do hospital, [...]. (E15)

Conforme a fala da entrevistada, as condições inadequadas do ambiente de trabalho, inclusive ao ponto de aumentar o risco de infecção dos funcionários que fossem realizar as necrópsias de pacientes que haviam morrido por causa da gripe, foram consideradas como a principal causa para a não realização das atividades. Assim, tanto o fato de a gripe A/H1N1 ser uma doença infecciosa pouco conhecida em termos de grau de infectividade, como as condições inadequadas e inseguras do local de trabalho, foram fatores que contribuíram para a decisão dos profissionais da Anatomia Patológica de se negarem a realizar suas atividades.

As condições inadequadas apontadas pela entrevistada 15 remetem a problemas de infra-estrutura e falta de recursos no HC, também considerada no seguinte texto retirado do documento de Planejamento Estratégico do HC para o período de 2007 a 2011, em um tópico que apresenta um diagnóstico organizacional do hospital:

A falta de recursos específicos para a correta manutenção do hospital, desde instalações elétricas, hidráulicas, até equipamentos de infra-estrutura como: subestações elétricas, geradores elétricos e caldeiras, tem comprometido algumas atividades do hospital, e podem ser consideradas como causas do aumento do custo. Outras instalações como: sanitárias, portas, janelas, também estão comprometidas pela falta de manutenção (HC, 2007, p. 9).

Estas problemáticas das condições inadequadas de trabalho e da falta de recursos também ocorreram em outros setores do hospital durante o período da pandemia, conforme demonstrado nos seguintes relatos:

[...], por exemplo, puxa não tinha a N95, que é a máscara (um tipo de máscara especial), pra todo mundo, então tinham pessoas que entravam em pânico, ‘não, mas tem que ter porque senão a gente não vai atender’, e daí não queria atender, [...]. (E11)

[...], o vírus já tava circulando aqui, ele entrou provavelmente com uma pessoa que trouxe e começou a circular, e quando eu ouvi o relato em abril,

a gente fez uma nota técnica pra Direção dizendo que no laboratório nós não íamos mais trabalhar com secreção respiratória se não houvesse a aquisição de um equipamento, que é uma cabine de segurança pra trabalhar, que isso desde 2005 nós estávamos pedindo, dizendo compra, compra, daí a gente suspendeu, então eles, daí até na época falaram ‘mas vocês exageraram, o negócio é lá no México’, eu falei, gente isso vai chegar aqui e quem vai se contaminar primeiro é quem está mexendo com essa amostra no laboratório, então o primeiro caso quando vi era isso, isso já deve estar circulando aqui, a gente não tem um monitoramento seguro e nós estamos nos expondo, então foi, a gente fez uma reunião no laboratório e nós suspendemos, paramos de fazer os exames porque nós não tínhamos segurança para trabalhar, e durante todo o surto nós não fizemos, não trabalhamos com esse tipo de amostra no laboratório, no meio do surto que compraram o equipamento pra gente começar a trabalhar com segurança, daí que voltou a fazer as análises. (E5)

Tais considerações são de sobremodo relevantes na medida em que caracterizam e compõem o contexto em que as pessoas do hospital realizaram os processos de *sensemaking*. Como enfatizado por Weick (1995) e Weick *et al.* (2005) o contexto é um aspecto essencial para definição do que é considerado um sentido plausível por determinado grupo social. Portanto, as condições precárias do setor de Anatomia Patológica, descritas pela entrevistada 15, e a falta de equipamentos adequados no Laboratório, conforme relata a entrevistada 5, são entendidos como elementos que caracterizam o contexto destes profissionais, ou seja, contextos que não oferecem condições de segurança para a realização de suas atividades. Pois bem, nestes contextos o sentido plausível construído pelo grupo de profissionais pode ser traduzido por: estamos suspendendo a realização de nossas atividades (exames, necrópsias) porque não temos segurança para fazê-las. Pode-se perceber, no caso do Laboratório, como a aquisição do equipamento que oferecia condições de segurança gerou uma reconfiguração do contexto, sendo que os funcionários voltaram a realizar suas atividades de análise laboratorial. Ou seja, naquele novo contexto a recusa de realização das atividades em decorrência do risco de infecção já não era mais plausível.

Considera-se que estes casos de funcionários que se afastaram do trabalho ou que se negaram a realizar suas atividades caracterizam um dos direcionamentos do processo de *sensemaking* ocorrido no hospital durante a pandemia. Neste direcionamento, o sentido plausível e socialmente construído poderia ser expresso do seguinte modo: estamos expostos a uma situação de risco de infecção, porém nós não precisamos correr este risco, podemos nos proteger nos afastando do risco. Considera-se que foi este sentido construído que mobilizou algumas pessoas a se afastarem do trabalho ou a pararem de realizar suas atividades.

Pode-se refletir sobre até que ponto este sentido construído, e a ação de se afastar do trabalho, não seriam uma ameaça para a continuidade do funcionamento dos serviços de

assistência do hospital, inclusive daqueles relacionados ao atendimento dos pacientes com gripe A. Os relatos não indicaram que esta ameaça tenha sido explicitamente reconhecida durante o período da pandemia, porém esta questão pode ser observada no relato seguinte em que o entrevistado 11 fala sobre uma situação hipotética de futuro:

[...], tenta imaginar esse clima todo que eu pinte pra você e ainda o chefe da UTI dizendo ‘não temos o que fazer, ninguém sabe de nada’, daí a Epidemiologia vem e diz ‘morreram mais tantos hoje’, aí cara, ia ser uma zona; *[o que iria acontecer daí, assim, só pra eu ter uma ideia]*, não sei viu, mas acho que as pessoas iam fugir, acho que a gente abandonaria mesmo, como foi a estratégia do João (um residente da UTI, nome fictício), por isso que ele é um cara pra você conversar, o João queria ir embora, o João queria sair daqui, que acho que seria a estratégia, eu não tenho que estar aqui, eu não sou pago pra isso, a minha insalubridade não chega a esse ponto, eu quero ser afastado, e talvez fosse um direito meu de funcionário, *[e talvez isso, a pior situação então, talvez fosse isso ocorrendo em vários]*, meu imagina, imagina, daí a gente tem doentes graves, não sabendo o que fazer, aí o pânico, ninguém querendo entender pra achar dessa bagunça uma assistência que pudesse resolver; e isso é realmente se as pessoas comessem a se contaminar de verdade, que se isso acontecesse e os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) não funcionassem, não tinha regrinha que eu criasse que segurasse as pessoas entende, tenta imaginar se os EPIs não funcionassem e a gente realmente comesse a contaminar todo mundo, quem ainda tava sadio, ou você me vacina ou eu vou embora, o que que eu vou ficar fazendo aqui, *[aí as medidas de segurança não]*, aí eu posso falar o que eu quiser, e certamente esse seria o cenário mais assustador, se a gente tivesse muita gente da área de saúde se contaminando, e no mundo inteiro isso não aconteceu, felizmente não teve isso, no mundo inteiro foi muito baixo o afastamento por gripe de profissionais de saúde, que gerou daí a nossa confiança pra poder atender né, não, se eu fizer diretinho eu não pego, então tá, minha família está protegida, eu tenho que levar orientações pra casa do alquino, tudo bem, eu posso atender aqui, daí agora minha preocupação é só atender né; se elas não funcionassem cara, daí, nossa, ia morrer muita gente, porque daí o profissional de saúde não ia atender, existe sempre aquele heróico que corre o risco de se contaminar pelo bem do outro, ok, mas eu tenho certeza que muita gente ia se proteger, ia sair daqui, o risco não valeria a pena, é a minha vida; daí ia faltar muita mão de obra. (E11).

Para o entrevistado, se ele assumisse explicitamente para a equipe da UTI a condição de completo desconhecimento sobre o que estava acontecendo e sobre o que deveriam fazer para lidar com aquela situação de crise, poderiam ocorrer diversas consequências críticas e prejudiciais, dentre elas, a de que os funcionários e profissionais iriam realmente fugir, abandonariam o hospital. Segundo o entrevistado, esta situação também poderia ocorrer se os profissionais de saúde comessem a se infectar de verdade, como no caso em que os EPIs não funcionassem. Ainda no sentido hipotético, se isto ocorresse, muitas pessoas iriam morrer, já que os profissionais de saúde não atenderiam mais, iria faltar mão de obra, já que os

profissionais não iriam assumir o risco de se contaminar pelo bem do outro, iriam priorizar a sua proteção e a sua vida. Como relatado pelo entrevistado 11, estes cenários não ocorreram, já que as medidas de proteção foram eficazes e não houve taxas significativas de infecção de profissionais de saúde. De qualquer modo, pode-se compreender nesta fala que, mesmo tendo ocorrido em pequenas proporções, os pedidos de afastamento de profissionais de saúde, ou até mesmo a recusa na realização das atividades, sinalizavam uma ameaça à continuidade do funcionamento dos serviços de assistência aos pacientes resultante da falta de mão-de-obra. Aspectos referentes a esta reflexão serão retomados no tópico seguinte sobre o processo de *strategizing*.

Tema 6: “não, eu não quero ir, porque eu acho que eu tô mais seguro aqui dentro do que lá fora”.

Nesta temática também são analisados relatos que remetem a um sentido que foi sendo socialmente construído no hospital durante a crise, mas que, porém, pode ser considerado como o oposto do sentido analisado no tema anterior. Neste caso, o *sensemaking* foi sendo direcionado para crenças de que os profissionais estavam mais seguros dentro do hospital do que fora, e que, portanto, preferiam estar trabalhando no hospital durante o período da pandemia. Esta análise possibilitou uma reflexão de que há uma diversidade de sentidos plausíveis que vão sendo construídos na organização durante o processo de crise.

O relato da entrevistada 5 demonstra alguns aspectos com relação a este sentido que estava sendo construído entre algumas pessoas no hospital:

Mas assim, de um modo geral o que eu observava mesmo com os funcionários aqui é que eles tinham uma certa tranquilidade assim, não havia, a gente não teve aqui dentro da Infectologia, é, uma, uma negativa das pessoas, assim de eu não quero, quero me afastar, sabe a gente notou, mesmo os nosso doutorandos, os nosso alunos, quando veio a orientação da reitoria que era para mandar eles irem embora, eles falavam assim, ‘não, eu não quero ir, porque eu acho que eu tô mais seguro aqui dentro do que lá fora’, então eu acho que aqui, as orientações eram tão em cima né, de isolamento, como é que tinha que se cuidar e tal, que as pessoas diziam, ‘eu não quero sair, eu acho que lá fora eu tô correndo mais risco’, [*interessante né*], é eu achei muito interessante, aquilo de se sentir seguro, ‘eu prefiro estar atendendo o paciente do que estar lá fora né, sem máscara, sem nada, aqui eu tô de máscara, tô de luva e tudo mais’, [...]. (E5)

É interessante notar que a entrevistada considera que este sentido, de estar mais seguro dentro do hospital do que fora, pode ter sido influenciado pelas constantes orientações e pela

disponibilidade de materiais e EPIs que ofereciam proteção contra o risco de infecção. Esta visão também foi observada no relato abaixo, porém, aqui é interessante observar como a própria entrevistada 10 apresentou argumentos para influenciar a construção deste sentido:

[...], e o pessoal, ‘ah porque eu vou pegar’, eu falei, olha, você tem muito mais risco de pegar dentro do ônibus, no mercado, em outros lugares, do que aqui dentro do hospital, porque aqui estão todos os pacientes isolados em uma determinada área, todo mundo tá utilizando EPI, todo mundo tá tomando as medidas, o risco de você pegar no hospital; todo mundo tinha medo de chegar perto de mim, ‘você é do hospital da gripe?’. Eu falei, olha, existe menos risco de pegar e eu não peguei, nenhum desses que trabalhava, ninguém pegou, teve um aluno que eu não sei se ele pegou aqui ou pegou fora, o risco é muito maior fora do que dentro. (E10)

Novamente pode-se observar a relação estabelecida com as medidas de higienização e de o uso dos EPIs. É possível perceber que ao longo do tempo, na medida em que os funcionários foram utilizando os EPIs, e foram realizando medidas de higienização, eles foram percebendo a eficácia destas medidas diante do risco de infecção. Esta mudança de percepção das pessoas com relação ao risco e a eficácia das medidas de proteção é demonstrada nos relatos seguintes:

O que salvou, é que no início existia um pânico de que será que as medidas de proteção iam funcionar, será que colocar máscara protege, será que essa luva protege, será que o jeito que eu tô tirando a luva não vou me contaminar, então no começo ainda tinha muito esse medo, só que a gente percebeu que ninguém ficou doente, então essa sensação de eu vou me ferrar, quando a gente percebeu que se a gente fizesse tudo direitinho nada acontecia, isso aliviou antes ainda do senso de que tá todo mundo morrendo entende, teve um momento ali que era tudo junto, depois a primeira coisa que resolveu é que a gente não vai ficar doente, a gente vai ficar bem, tomando as medidas a gente tá se protegendo, e funciona, e daí a terceira coisa que resolveu é quando daí as coisas começaram a se organizar, a gente conseguiu entender o que tava acontecendo, a gente conseguiu ter um tratamento que funcionaria, mas daí já mais no final né. (E11)

Porque na verdade assim, as pessoas que estavam aqui, que estavam trabalhando, estavam mais seguras do que lá fora, o hospital estava com acesso fechado, as pessoas tomando os cuidados de lavagem de mãos, é, não teriam problema nenhum, a área de Urgência e Emergência, totalmente segura, não teria risco nenhum pra ninguém, [...]. (E9)

Como afirmou o entrevistado 11, no início houve um predomínio maior da insegurança, da dúvida com relação a proteção oferecida pelos EPIs, e do pânico com relação a ameaça de se infectar e até mesmo morrer. Com o tempo, segundo o entrevistado, eles foram percebendo que ninguém que adotou as proteções indicadas estava adoecendo, o que

confirmava cada vez mais a possibilidade de se proteger eficientemente. Esta experiência fez com que algumas pessoas se engajassem em processos de *sensemaking* que produziram o sentido de que os profissionais estavam seguros no hospital. Considera-se que a construção deste sentido recebeu uma influência de alguns aspectos do processo de *strategizing* realizado durante a pandemia, como por exemplo, de ações de higienização e do uso de materiais e EPIs, bem como, das orientações realizadas durante as práticas de treinamento.

De modo contrário ao sentido apresentado na temática anterior, este sentido analisado aqui não ofereceu nenhuma ameaça à continuidade da realização dos serviços de assistência prestados pelo hospital. O fato de que estas pessoas se sentiram mais seguras dentro do hospital fez com que elas continuassem trabalhando. Percebe-se como este sentido construído “elimina” a ameaça da falta de mão de obra, como analisado na temática anterior, sendo portanto, um sentido interessante para a organização naquele momento de crise. No tópico seguinte são analisadas relações entre o processo de construção deste sentido de segurança dentro do hospital com o processo de *strategizing*.

4.5 O STRATEGIZING DURANTE A CRISE

Neste tópico são analisados os dados referentes ao processo de *strategizing* realizado durante a pandemia de influenza A/H1N1. Para tal, primeiramente foram analisados os seguintes elementos constituintes do *strategizing*: os praticantes da estratégia, as práticas estratégicas e a *práxis* estratégica (WHITTINGTON, 2002a, 2006, 2007; JARZABKOWSKI, 2005; JARZABKOWSKI *et al.*, 2007). Posteriormente a caracterização destes elementos realizou-se uma análise do processo de fazer a estratégia (*strategizing*) durante a crise, sendo considerados os seguintes aspectos: (i) os objetivos estratégicos, (ii) o “*strategizing* processual” (JARZABKOWSKI, 2005), referente mais especificamente ao uso de procedimentos e práticas administrativas formais no *strategizing*; (iii) e o “*strategizing* interativo” (JARZABKOWSKI, 2005), enfatizando a importância das interações sociais no trabalho de fazer a estratégia. Ao longo deste tópico também são propostas reflexões sobre relações observadas entre os processos de *sensemaking* e de *strategizing* durante a crise. A seguir, no primeiro tema deste tópico, são descritos alguns dos praticantes da estratégia verificados na pesquisa.

Tema 1 - praticantes: “pessoas assim que se dedicaram de corpo e alma”

Há uma grande diversidade de pessoas que agem, e que interagem entre si, para a realização do trabalho de fazer a estratégia, inclusive funcionários de diversos níveis hierárquicos e pessoas de fora da organização (JARZABKOWSKI, 2005; WHITTINGTON, 2006). Com base nos dados foi possível mapear apenas alguns atores relevantes para a realização das práticas e da *práxis* estratégica durante a pandemia, não sendo possível, portanto, a identificação de todos os praticantes da estratégia.

A análise dos dados indicou que alguns dos praticantes da estratégia durante a crise foram profissionais dos seguintes setores do hospital: do Serviço de Epidemiologia; da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); da Unidade de Urgência e Emergência; da UTI; da Infectologia e da Direção do HC. Constatou-se que o Comitê da Gripe do HC desempenhou um papel importante no processo de *strategizing*, sendo que os integrantes do comitê também foram praticantes da estratégia.

Os relatos apresentados a seguir demonstram a relevância de alguns destes setores durante a pandemia:

[...], nós tivemos a Epidemiologia, a CCIH, a Infectologia e a Medicina Intensiva um trabalho em conjunto, nós nunca tínhamos trabalhado junto, são pessoas que tem suas atividades diferentes, mas era assim, todos esses setores a gente tinha pessoas que se dedicaram inteiramente a isso. (E5)

[...], então eu acho que foi um conjunto assim de, é, capacidade técnica já instalada anteriormente, que tem a ver com a Infectologia, com a Epidemiologia, com a equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, com uma boa vontade imensa do pessoal da área de Emergência, e do restante dos funcionários também, [...]. (E14)

É interessante perceber o destaque que a entrevistada 14 fez sobre a capacitação técnica de profissionais destes setores para lidar aquela situação. Nos seguintes relatos a entrevistada destaca como a capacitação e a experiência de profissionais dos setores de Epidemiologia e de Controle de Infecção Hospitalar foram determinantes para o início e o direcionamento das ações realizadas no hospital durante a pandemia:

[...], nós temos no departamento de saúde comunitária, com a área de Epidemiologia, assim controle de surtos e controle de infecção hospitalar, um pessoal muito capacitado e experiente, então isso dá muita tranquilidade pra gente, quer dizer, eu sabia assim, chama a *Entrevistada 10*, a Márcia (profissional da CCIH, nome fictício), esse e aquele, e toda hora tinham

reuniões, como é que ta esse negócio, o que que da pra fazer e o que que não dá, [...]. (E14)

[...], os epidemiologistas eles ficam acompanhando, você sabe que existe uma notificação e eles tem todas as doenças notificáveis, que a *Entrevistada 10* pode até te mostrar, [...], então essa rede de epidemiologia ela é bem importante e ela funciona muito bem, então todo mundo fica alerta, daí já vem a *Entrevistada 10* bater na porta, ‘agora está chegando *Entrevistada 14*, agora chegou (o vírus da gripe A/H1N1), agora bateu na nossa porta’. (E14)

[...], a nossa chefe do Serviço de Epidemiologia acabou tendo uma oportunidade de trabalhar por uns 3 meses nos Estados Unidos, a convite do pessoal da OPAS, que é a Organização Pan Americana de Saúde, só sobre a compreensão e organização das pandemias viárias, então ela foi fazer treinamento do pessoal na Colômbia, na Bolívia e não sei mais aonde, e ficou por um tempo lá com o pessoal do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) de lá, [...]. Então segundo, nós tínhamos uma colaboradora próxima e envolvida nessa área altamente treinada, [...]. (E14)

Estes relatos indicam que um dos praticantes da estratégia foi a entrevistada 10, principalmente pela competência técnica e experiência que a mesma possuía na área de pandemias de vírus influenza. Outro aspecto significativo foi a legitimidade dada à entrevistada 10 pelo fato da mesma ter sido consultora em projetos relacionados a pandemias de influenza em instituições de referência internacional como a OPAS. Outros relatos também sinalizam a importância da atuação desta profissional:

[...], nessa semana que eu voltei de férias assim, a gente estava com bastante medo, e a *Entrevistada 10* é uma pessoa assim, bem pontual, ela fala ‘vem’ (se referindo a vinda da até então epidemia de influenza A/H1N1 para o Brasil), e quando ela fala que vem é porque vem, ‘vem, vamos nos preparar, nós temos que resolver assim, isso pode vir, nós temos que resolver assim’, ela é bem prática, [...] (E2).

[...], a *Entrevistada 10* ela é ótima, ela foi importantíssima, e ela fez vários fluxos, e ela que tava na coordenação do comitê, [...] (E4)

[até que ponto essa sua experiência, e essa sua prática anterior, contribuíram...]

ajudou, pra mim com certeza né, porque eu discutia com convicção as coisas né, e a gente tinha toda a rotina da organização do serviço de saúde, que daí a gente passou pros vários setores né, passou para a equipe da CCIH, pra equipe da Assistência, pra o pessoal; o *Entrevistado 9*, a gente falava da questão da organização, olha você tem que saber o que vai comprar, daí nós tivemos uma reunião, [...], olha você vai ter que entrar em outro fluxo, você aumenta de X pra 500X na compra de máscaras, [...]. (E10)

Outro aspecto que enfatiza a caracterização da entrevistada 10 como uma praticante importante da estratégia foi o fato de que a mesma foi a coordenadora do Comitê da Gripe do

HC (o comitê é analisado adiante). Além de mobilizar a criação do comitê, a entrevistada 10 também exerceu uma forte influência na organização das ações e dos fluxos de atendimento dos pacientes durante a pandemia. É interessante perceber que na fala da própria entrevistada 10, quando perguntada sobre a contribuição de sua experiência anterior como consultora da OPAS, afirmou que esta experiência fez com que ela tivesse condições de contribuir nas decisões e ações referentes à organização do hospital durante a pandemia.

Outra pessoa considerada como uma praticante significativa foi à entrevistada 1, profissional da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), como observado nos relatos seguintes:

[...], a CCIH trabalhou um monte, a *Entrevistada 1* que foi a pessoa chave da CCIH, orientar a lavagem de mãos, como colocar a máscara, como tirar a máscara, [...]. (E2)

[...], todos tiveram um treinamento, dado pela CCIH, e onde tinha um conflito maior, uma insegurança, também a CCIH atuou especificamente, nós tivemos que atuar especificamente, o pessoal fica, sei lá, fica né, receoso, com medo de contrair a doença. (E6)

A entrevistada 1 teve um papel importante na realização de ações estratégicas relacionadas ao controle de infecção hospitalar, como por exemplo, de higienização e de uso dos EPIs, bem como, na realização de treinamentos de capacitação e orientação para os funcionários durante a pandemia.

A análise dos dados também indicou a relevância da atuação dos profissionais que trabalhavam na Unidade de Urgência e Emergência, e ainda mais especificamente na UTI. Dentre os profissionais, se destacam como praticantes da estratégia a entrevistada 4 e o entrevistado 11, como demonstrado nos seguintes relatos:

[...], então os setores de emergência que tiveram mais papel estratégico porque na verdade foi direcionado a eles, entendeu? [...], porque ia chegar na emergência né, na verdade foram direcionados à eles e eles tinham que dar conta entendeu, [...]. (E7)

[...], até nossa gerente da Urgência e Emergência, ela recebeu um prêmio pela cidade, ela também teve um envolvimento muito grande, ela recebeu em nome de toda Urgência e Emergência né, porque ela é a gerente, mas é uma pessoa que montou a estratégia, ela montou direitinho assim, o tirar o paciente, que ela tinha né, quando começou nós tínhamos pacientes internados né, [...], ela foi muito boa, ficou o tempo inteiro, ela negociou tudo isso o tempo inteiro tanto fora quanto dentro do hospital, de levar os pacientes pra outro lugar, também foi fundamental isso. (E3)

[...], o engajamento dos médicos da UTI, eu acho que os médicos da UTI também foram fantásticos, eles foram assim de uma, o *Entrevistado 11*,

naquele final de semana que eu te falei, ele entrou no hospital sábado de manhã e só saiu segunda-feira, ele ficou direto, [...]. (E3)

[...], o chefe da UTI passou 72 horas sem parar dentro da UTI vendo como é que aquilo funcionava, como é que é essa doença, como ela evolui, porque era uma doença nova, a gente não sabia direito como ia evoluir, entendeu, então graças a Deus, eu tinha um chefe da UTI que, em vez de estar pensando em qualquer outra coisa, ele largou os outros compromissos e ficou 72 horas seguidas de plantão dentro da UTI vendo como é que a doença evoluía, o que que precisava fazer, o que dava mais certo para aqueles pacientes. (E14)

A Unidade de Urgência e Emergência como um todo, e especialmente a UTI, foram áreas do HC de extrema importância durante a pandemia, principalmente porque prestaram assistência aos pacientes em estado grave, como já foi analisado nos tópicos anteriores. Neste sentido, os entrevistados 4 e 11 foram praticantes relevantes do processo de *strategizing* durante a crise. Como demonstrado nos relatos, o entrevistado 11 desempenhou um papel importante na investigação sobre os impactos da gripe A/H1N1 nos pacientes e sobre a evolução da doença, bem como, sobre o que precisava ser feito com relação ao tratamento dos pacientes internados na UTI. É possível verificar na fala do próprio entrevistado elementos que indicam sua ações como de um praticante da estratégia:

[...], eu achei que o que eu podia fazer eu tinha que fazer ativamente, fui atrás das biópsias, entrei em contato com a *Entrevistada 10*, fui atrás da *Entrevistada 14* pra gente tentar criar estratégias, fui na Secretaria da Saúde, gerei aulas, era a minha estratégia pra eu me sentir no eixo, porque imagina se eu ainda como chefe mostrasse pânico pra toda minha equipe, nossa meus residentes degradingolariam enormemente, então várias vezes eu fui o cara que falou calma, mas lá dentro morrendo de medo também igual, porque toda a insegurança de saber que, será que o que eu estou fazendo esta certo ou não, e pior né, eu tinha ainda um problema que eu fui responsabilizado de fazer uma aula na web pra ensinar os médicos do Paraná, [...]. (E11)

É interessante observar neste relato que o entrevistado realizou ações que contribuiriam para o processo de *strategizing* ao mesmo tempo em que foi um ator que influenciou os processos de *sensemaking* de sua equipe, como quando realizou esforços para não desmonstrar o medo e a insegurança que estava sentido no intuito de não gerar mais pânico entre os mesmos, e em processos de *sensemaking* realizados por médicos de fora do hospital, quando disponibilizou informações sobre a evolução e o tratamento da gripe A/H1N1 em aulas via vídeo conferência. Considera-se que outros profissionais do HC também exerceram simultaneamente estes papéis de praticantes da estratégia e de atores influentes no processo de *sensemaking*, como será analisado adiante.

As pessoas que ocupavam cargos de direção no hospital também tiveram um papel importante durante a crise, conforme demonstram os relatos seguintes:

- A Direção do hospital teve uma participação muito efetiva, então a gente levava as decisões, e não era o comitê, era a Direção do hospital, né, que chamava pras reuniões grandes, então sempre tava na frente a direção, - e ficou centralizado na figura da Direção Geral, [...]. (GF2)

[...], não é só a *Entrevistada 10* da Epidemio, a *Entrevistada 1* da CCIH, né, a Direção do hospital teve uma participação muito grande, nessas reuniões era convidada a diretoria, e todos os diretores estavam lá junto, então, vamos dizer, o executivo, não só o que você está informando, mas o envolvimento da Direção do hospital, mostrava o compromisso, então por isso que eu digo, são várias coisas juntas. (E10)

A Direção do hospital teve uma atuação significativa no direcionamento e na condução do processo de *strategizing* durante a pandemia. Esta atuação ocorreu em sintonia com as ações e decisões realizadas pelo Comitê da Gripe. Mesmo que a perspectiva da estratégia como prática considere a possibilidade de que diversas pessoas da organização exerçam o papel de praticantes da estratégia, independente da posição hierárquica, ainda há um destaque para a influência da alta administração na condução do processo de fazer a estratégia (JARZABKOWSKI, 2005). A direção do hospital foi um praticante na medida em que decidiu questões importantes, como por exemplo, com relação ao gerenciamento de recursos e materiais necessários durante a crise. A posição de liderança exercida pela direção do hospital também fica evidente no seguinte relato da entrevistada 14:

[...], então o único hospital que é realmente público, que é um hospital grande, que tem mais leitos dentre os outros, ou seja, frente a uma situação dessas é até de lei que o servidor público do hospital seja o primeiro a dar o primeiro passo a frente, né, então essa, essa convicção do nosso papel de servidores públicos, tanto minha, quanto de todo pessoal relacionado a área de infectologia e de epidemiologia, como do pessoal lá do prédio da emergência, que é do Pronto Atendimento, da Semi Intensiva e da UTI etc, quer dizer, essa convicção do servidor de que é nosso papel sair na frente, isso foi uma base assim que me permitiu ter liderança, que eu podia assim, ter liderança e não conseguir realmente, e aí eu tive em cada área pessoas assim fundamentais, de referência, chefes, pessoas assim que se dedicaram de corpo e alma, [...]. (E14)

Pode-se observar que além da liderança exercida pela alta administração, outros atores foram igualmente relevantes e fundamentais no apoio desta liderança, e na realização das ações e práticas estratégicas. Como indicado no relato da entrevistada, alguns destes atores ocupavam cargos de chefia e coordenação de setores do hospital, sendo caracterizados como gestores de nível intermediário. Esta fala demonstra ainda que este envolvimento destes atores

praticantes da estratégia estava relacionado a uma compreensão sobre o papel que os mesmos exerciam naquela situação, de servidores do maior hospital público do município, e ainda, o hospital de referência para atendimentos dos casos.

Por fim, há ainda um praticante da estratégia de extrema importância ao longo deste processo de crise, o Comitê da Gripe do HC. Como afirmam Jarzabkowski e Spee (2009), os praticantes da estratégia podem ser entendidos como pessoas específicas ou como grupos de atores, ou seja, o praticante da estratégia pode ser caracterizado como um ator ou como um coletivo ou uma classe de atores. Neste sentido, o Comitê da Gripe pode ser compreendido com um coletivo de atores que se caracterizou como um praticante da estratégia, assim como, seus integrantes individualmente também puderam ser identificados do mesmo modo. Segundo a entrevistada 10, as reuniões do comitê contavam com a participação de diferentes profissionais do hospital, de diferentes setores, conforme os assuntos que eram abordados na reunião. Porém, apesar desta variação de participantes, um núcleo mais permanente foi composto pelos seguintes integrantes: a entrevistada 10, da Epidemiologia; a entrevistada 1, da CCIH; a entrevistada 2, da Direção de Assistência; a entrevistada 4, da Unidade de Urgência e Emergência; a entrevistada 5, da Infectologia; e o entrevistado 11, da UTI. Os seguintes relatos da entrevistada 1 demonstram o processo de formação do comitê e a influência do mesmo no processo de fazer a estratégia no HC:

[...], acho que ela nem foi oficializada como comissão, como comitê, nós só nos denominamos assim porque, até como no município também tinha sido denominado, para as pessoas saberem, olha é com este grupo que você vai falar, então não teve uma formalidade com relação a isso, mas depois entraram a Emergências, toda a UTI, o Pronto Atendimento, a Gerência, equipe médica e de enfermagem desse setor, a Anatomia Patológica por um bom tempo participou dessas reuniões. (E1)

[...], aí esse grupo acabou se denominando comitê, pra facilitar né, nos denominamos de comitê, então o comitê passou a agir diretamente assim, pensando em todas as estratégias, porta de entrada, como receber paciente, da onde vem o paciente, o que ele tem que usar, escrever rotinas, montar treinamento, [...] (E1)

Conforme a entrevistada, não houve uma constituição formal do comitê, nem mesmo uma definição formal de quem eram os integrantes e de quais seriam as atribuições deste grupo, esta formação ocorreu de um modo emergente e informal. O grupo que formou o núcleo principal do comitê começou a se reunir logo a partir do primeiro sinal de alerta emitido pela OMS em abril de 2009, conforme relatado nas falas apresentadas a seguir. Antes ainda, cabe destacar nas falas da entrevistada 1 apresentadas anteriormente, a importância do

comitê como um espaço de criação e mobilização de estratégias, como na fala em que a entrevistada afirma que estavam “pensando em todas as estratégias”. O relato também indica a mobilização de ações e prática estratégicas, como a de escrever rotinas e elaborar treinamentos. Pois bem, seguem os relatos referentes às primeiras reuniões do comitê:

A primeira reunião foi numa segunda-feira, 27 de abril, que daí a gente disse vamos chamar todo mundo, aí nos reunimos, colocamos a situação, trabalhando ainda em cima de dados hipotéticos, sem ter a coisa muito clara, mas a gente já tinha que, principalmente na questão do pronto atendimento né, a gente já fez um primeiro protocolo de atendimento, um fluxo de atendimento, daí com as orientações da CCIH, da Infecto, né, e já colocamos esse grupo, foi assim um primeiro momento de organização pra gente começar; no nosso dia-a-dia toda hora chegava uma nota nova, [...], e a gente tinha que estar se reunindo pra levar novas orientações, [...]. (GF2)

[...], desde abril, desde aquele primeiro contato, foi o mesmo grupo que trabalhou junto, daí automaticamente entrou um médico da Patologia, quando começaram a ter os óbitos, pra poder analisar esses casos, e eram assim, são pessoas que, por exemplo, aqui, Infecto porque era relacionado a Infecto né, a Epidemiologia porque foi a primeira que recebeu a notificação, todas as notificações de eventos inusitados tem que ter a Epidemiologia, daí a Epidemiologia que foi o gatilho né, que disparou o gatilho pra atrair, daí conversou com a gente, com a CCIH, daí depois já com a UTI, então foi se organizando o grupo, [...]. (E5)

Fica claro como a formação do comitê se deu a partir da iniciativa de alguns profissionais do HC, principalmente daqueles que reconheceram os primeiros sinais de alerta da OMS sobre uma possível pandemia e já começaram a agir no intuito de preparar o hospital para uma eventual chegada do vírus. Aqui é possível verificar uma relação com o processo de *sensemaking* analisado no tópico anterior. Estes profissionais se engajaram em processos de interação social (conversar, se reunir, organizar o grupo, discutir, etc.) que possibilitaram tanto a construção de sentidos sobre o que estavam vivenciando quanto a realização de ações e atividades já estruturantes do processo de *strategizing*. Assim, desde o início de sua constituição, este Comitê da Gripe já se caracterizou como um coletivo de atores que juntos influenciaram significativamente os processos de *sensemaking* e de *strategizing* realizados durante a pandemia. Os seguintes relatos exemplificam tais considerações:

[...], acho que foi fundamental (o papel do comitê de gripe do HC), porque eram as pessoas, assim, que tinham todo o conhecimento sobre o assunto, e, e noção do que poderia vir a se tornar, e profissionais de áreas chave na condução, porque eram os serviços mais envolvidos com esse tipo de doente, então acho que o papel foi fundamental, esse grupo que começou daí a chamar e delinear, e a levar as informações pra a Direção, [...]. (E1)

[...], e aí a gente sentou e montou junto com a Epidemio, junto com a CCIH, foi montado um grupo no hospital, [...], era o grupo pensante sobre as estratégias de atendimento, né, então aí o pessoal da Infecto, então a gente se reunia né, de manhã todos os dias pra avaliar a situação e ver o que que a gente tinha que reconduzir, ou reacerter, ou como ia ser, quem colhe as coletas né, vai colher no PA?, não, porque no PA não tem lugar, ah mas na Infecto tem, tem o local adequado, [...], então todo dia a gente acabava se reunindo pra reconduzir as estratégias, [...]. (E4)

Estes relatos reforçam como o Comitê da Gripe foi um praticante fundamental no *strategizing*. Foi um grupo formado por profissionais que tinham conhecimentos sobre o assunto, e que trabalhavam nos setores mais envolvidos com este tipo de situação e de doença. Como relatado pela entrevistada 1, a ação de “levar as informações para a Direção” é tanto uma *praxis* estratégica (WHITTINGTON, 2002a, 2006) constituinte do *strategizing*, quanto o *enactement* (criação na ação) (WEICK, 1995) do processo de *sensemaking* social realizado entre os integrantes do comitê e da Diretoria do HC.

Ainda neste sentido, a fala da entrevistada 4 de que o comitê era o “grupo pensante sobre as estratégias de atendimento”, pode ser compreendida como a demonstração de um grupo engajado em processos sociais de construção de sentidos (WEICK, 1995) e ao mesmo tempo um grupo realizando o trabalho de fazer a estratégia (WHITTINGTON, 2006), ou seja, de planejar as ações e medidas que iriam adotar para lidar com a realidade da pandemia. A fala da entrevistada 4 ainda demonstra a dinâmica de como foi fazer a estratégia naquele período cheio de incertezas e instabilidades. As frequentes reuniões realizadas pelo comitê para avaliar a situação, repensar as ações adotadas, decidir sobre como realizar atendimento e organizar as rotinas, podem ser compreendidas como momentos de interação social em que os processos de *sensemaking* e *strategizing* foram realizados simultaneamente, um exercendo influência sobre o outro. Estas relações também são analisadas na temática referente à caracterização do processo de *strategizing* apresentada adiante.

A partir da análise dos dados pode-se concluir que a caracterização de alguns atores enquanto praticantes da estratégia se deu com base em ao menos um dos seguintes fatores: (i) devido à posição hierárquica ocupada, principalmente quando de coordenação ou gerência de unidades e setores importantes naquela situação; (ii) por pertencerem a setores chave durante a pandemia, como a Urgência e Emergência, a UTI, a Epidemiologia e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; (iii) por ser um profissional de reconhecida competência técnica e conhecimento relacionados à pandemia de influenza.

Na temática seguinte são analisadas algumas práticas estratégicas realizadas pelos praticantes no processo de *strategizing*. É interessante notar que ao mesmo tempo em que o

Comitê da Gripe pode ser caracterizado como um praticante da estratégia, a criação do comitê também pode ser compreendida como uma prática estratégica característica de situações de crise, conforme analisado adiante.

Tema 2 - Práticas estratégicas

Nesta temática foram analisados dados referentes às práticas estratégicas características do processo de *strategizing* durante a pandemia. Foram analisadas as seguintes práticas estratégicas: de planejamento estratégico; de controle de infecção hospitalar, relacionada principalmente às medidas de higienização; de segurança no trabalho, mais especificamente referente ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); de abastecimento, relacionada à compra e ao controle de estoque de materiais utilizados no hospital; de criação do Comitê da Gripe do HC; de realização de reuniões, e por fim, de treinamento dos funcionários e profissionais.

Verificou-se que o planejamento estratégico do hospital é realizado a cada quatro anos, sendo que o analisado nesta pesquisa foi elaborado no ano de 2007. O relato seguinte, da entrevistada 14, demonstra alguns aspectos sobre como a prática de planejamento estratégico é realizada no hospital:

[...], esse planejamento estratégico foi feito pelo diretor anterior em 2007, então eu não sei se eu tenho toda documentação que embasou isso, mas a gente tem as metas definidas, todo ano é dado uma revisadinha, mas houve um documento de análise das situações do hospital e o que se pretendia fazer, que nós vamos refazer, isso é um método, tem gente que usa e tem gente que não usa, aí vem o administrador e vai ver com a gente, as fraquezas, forças, ameaças, aquela coisa toda, então isso nós vamos fazer o ano que vem; [...]. (E14)

Pode-se perceber que o planejamento estratégico é tido como um método pelo qual se elabora um documento que apresenta a situação atual do hospital e as pretensões de realização para os próximos anos. Pela descrição da entrevistada é possível perceber que este método se baseia na aplicação da ferramenta SWOT, em que são analisadas as forças e fraquezas do hospital e as oportunidades e ameaças do ambiente externo. Segundo Whittington (2007), as práticas estratégicas remetem à idéia de rotinas, normas e ferramentas incorporadas ao trabalho de fazer a estratégia. Sendo estas práticas multi-nível, elas podem ser consideradas tanto em sua dimensão intra-organizacional como extra-organizacional (WHITTINGTON, 2006). Neste caso, a ferramenta SWOT, utilizada na prática de planejamento estratégico

realizada no HC, possui uma origem externa (WHITTINGTON, 2006), trata-se de uma ferramenta amplamente utilizada em diversas organizações na realização do planejamento estratégico. Esta compreensão de planejamento estratégico verificada no HC também pode ser observada no seguinte texto, retirado do documento de Planejamento Estratégico do HC, em que consta o que se considera como “avaliação estratégica no HC”:

Consiste em fazer o diagnóstico global da instituição, baseado nos realizados em cada unidade, a fim de verificar suas oportunidades e ameaças, bem como suas forças e fraquezas para buscar cumprir a missão do HC em toda sua plenitude e fazer prognósticos para que, cumprindo a missão, chegue à excelência no atendimento. (HC, 2007, p. 3)

Assim, é importante considerar que as práticas estratégicas também derivam dos campos sociais ou sistemas em que a organização está inserida (WHITTINGTON, 2006). Mesmo que adaptada para o contexto do HC, esta prática de planejamento estratégico possui uma origem externa, tendo sido incorporada por praticantes no processo de fazer a estratégia no HC. Apesar disso, pode-se observar que esta prática não ocupou um lugar significativo no processo de *strategizing* realizado no período da crise relacionada à pandemia de influenza A/H1N1. A análise dos dados indicou que, mesmo sendo uma prática estratégica administrativa e formal (JARZABKOWSKI, 2005) realizada no HC, a mesma não foi percebida como influente ou relevante durante o período de crise. Os relatos que abordam esta prática indicam certo distanciamento do planejamento estratégico com a realidade que estava sendo vivenciada. Diante da pergunta sobre, se no planejamento estratégico do HC constava alguma indicação sobre a possibilidade de ocorrência de situações de pandemias, epidemias ou situações de emergência de grande porte, que poderiam eventualmente ter sido analisadas como “ameaças”, as entrevistadas 4 e 14 falaram que:

[...], não, não havia, isso que eu te disse, quer dizer, havia de 1 ou 2 anos antes uma, uma proposta de que a gente se preparasse para futuramente uma pandemia, então isso não consta, vamos dizer assim, não faz parte do planejamento estratégico do hospital, que tem uma série de metas institucionais que são de outras áreas, é, não havia né, [...]. (E14)

Não, não, a gente normalmente, não pelo menos na nossa unidade aqui, quando a gente pensa e faz o planejamento estratégico a gente acaba fazendo em cima de mudanças que a gente quer ter dentro da nossa unidade, então todas as coisas já do nosso dia-a-dia que a gente não consegue dar conta, então normalmente a gente faz um planejamento pra tentar dar conta de algumas mudanças que a gente quer fazer dentro da unidade, dentro da realidade mesmo, no dia-a-dia né, por exemplo, baixar a taxa de infecção dentro da UTI, [...], coisas que tem a ver com a assistência direta mesmo e que são importantes pra nós. (E4)

Os relatos demonstram que o planejamento estratégico do hospital não contemplava de nenhum modo ações ou medidas a serem adotadas pelo hospital em situações de crise, o que também pode ser confirmado a partir da leitura do documento de planejamento estratégico do HC. Outras práticas estratégicas administrativas tiveram uma participação mais significativa e influente na modelagem do *strategizing* durante a pandemia, como por exemplo, as de controle de infecção hospitalar e de segurança no trabalho.

A prática estratégica de controle de infecção hospitalar pode ser caracterizada por procedimentos, rotinas, normas e ações de higienização que visam à prevenção e o controle de infecções no ambiente hospitalar. A análise dos dados indicou que esta prática estratégica foi extremamente relevante no processo de *strategizing* durante a pandemia de influenza A/H1N1, como observado nos seguintes relatos:

[...], durante essa época que foi intensificado a orientação de lavagem de mãos o número de infecções reduziu bastante, inclusive de infecção hospitalar, porque é uma situação nova, claro, você vai cuidar mais, você esta cuidando não só pelo paciente, mas é a sua proteção própria entende, [...]. (E2)

[...], é esse cuidado foi bastante, e tanto é que, até o pessoal da CCIH deve ter falado pra você, diminuiu o índice de infecção né, [...], por causa dessa super higiene que o pessoal estava fazendo, por causa dessa super preocupação, o que deveria ser uma rotina, ela deve ter comentado com você, deveria ser uma rotina. (E6)

[...], o cuidado foi tanto, tanto, que eu quase zerei essas outras (infecções intra-hospitalares), de tanto cuidado que as pessoas tomaram, depois a gente diz lavem as mãos que vocês não vão ter infecção, e as pessoas não lavam as mãos, as pessoas lavavam tanto as mãos, com medo, que as outras desapareceram por um período, [...]. (E4)

[...], e aí com isso você viu uma adesão fantástica na higienização, com a diminuição da infecção intra-hospitalar, por qualquer germe, então isso que a gente insistiu muito na época, a gente até brinca, tinha que ter uma epidemia todo ano, assim o pessoal faz o que a gente quer que faça, é que a pessoa para de pensar só no risco do outro e passa a pensar no seu. (E10)

Pode-se observar que durante a pandemia houve uma intensificação das ações de higienização por parte dos funcionários e profissionais, inclusive a ponto de se verificar que houve uma diminuição dos índices de infecção hospitalar no HC. Como foi dito pelo entrevistado 6, as ações de higienização deveriam fazer parte da rotina no hospital, porém, pode-se perceber que na prática elas não são realizadas como deveriam. Este aspecto também pode ser observado na fala da entrevistada 10 quando disse “a gente até brinca, tinha que ter

uma epidemia todo ano, assim o pessoal faz o que a gente quer que faça”. Esta fala reforça como as medidas de higienização, principalmente com relação à lavagem de mãos, foram amplamente realizadas durante a pandemia, assim como se esperava que fosse realizado no dia-a-dia do hospital. A diminuição da infecção hospitalar, em decorrência de uma efetiva higienização, pode ser analisada como uma consequência positiva da crise, que, porém, não se sustentou no período pós-pandêmico. Considerou-se que este resultado positivo de redução da infecção hospitalar durante a pandemia não ocorreu pela inserção de uma nova prática estratégica durante a crise, nem mesmo da mudança de alguma prática existente, mas sim de uma intensificação e efetiva realização de uma prática já realizada no hospital. Como observado nos relatos, principalmente das entrevistadas 2 e 10, ocorreu uma intensificação destas medidas de higienização porque os funcionários e profissionais não estavam apenas preocupados com o risco de infecção dos pacientes, mas sim com o risco que eles próprios estavam correndo. Portanto, o risco de infecção, e os sentimentos de medo por ele mobilizados, foram aspectos que contribuíram para a intensificação das ações e medidas de higienização e para a utilização da prática estratégica de controle de infecção hospitalar.

Ainda neste sentido, além da higienização, pode-se observar que a prática de uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) foi determinante para a segurança dos profissionais do hospital, bem como, para limitar a possibilidade de infecções por vírus influenza A/H1N1 adquiridas dentro do hospital. Os principais EPIs utilizados durante a pandemia foram luvas, máscaras e aventais. Assim como nas questões de higienização, pode-se observar no relato seguinte que houve uma intensificação no uso dos EPIs durante a pandemia, também como uma decorrência do risco de infecção:

[...], nessa época da gripe as pessoas pra poder entrar no box (dos leitos da UTI) tinham que se paramentar inteira, gorro, máscara, duas máscaras, um avental, duas luvas, lavar a mão antes, lavar a mão depois, por isso que o consumo foi, toda vez que você entrava no box tinha que se paramentar inteiro e quando saía do box tinha que jogar tudo lá dentro, pra sair pra fora não podia ter nenhum material, tudo foi descartado, então o consumo foi gigantesco, enorme, só que o mais fantástico é de que essas regras de proteção que são impostas pela CCIH no dia-a-dia da UTI nunca foram bem seguidas, a aderência nessa UTI a esses protocolos sempre foi muito frágil, mas nessa época todo mundo fazia direitinho, porque, porque é, é, o cara sabia que ele tinha que cuidar daquele doente mas se ele entrasse lá e ele se contaminasse, ele tinha risco de vida, então ele fazia tudo à risca não porque a CCIH tava mandando, porque ele queria se proteger, era com ele o problema, então não tinha ninguém vigiando ninguém e todo mundo fazia direitinho, consequência, a gente não teve nenhum profissional nosso que se contaminou ou teve que ser afastado, nenhum, nenhum ficou doente com

gripe, embora a gente foi super exposto, ok, e as nossas taxas de infecção por outros agentes, todas caíram a valores muito baixos, [...]. (E11)

A partir deste relato, bem como dos anteriormente apresentados, pode-se refletir sobre as relações entre o processo de *sensemaking* e as práticas estratégicas, principalmente em observar que os sentidos construídos com relação ao risco de infecção interferiram na utilização das práticas estratégicas de controle de infecção hospitalar e de segurança no trabalho.

O uso dos EPIs remete à outra prática estratégica importante durante o período da pandemia, a de abastecimento, relacionada à compra e controle de estoque de materiais e insumos. Os principais materiais e insumos utilizados durante a pandemia foram máscaras, luvas, aventais e álcool. A realização desta prática estratégica de abastecimento com relação à pandemia pode ser melhor compreendida a partir das seguintes falas do entrevistado 9, da Unidade de Abastecimento:

[...], alguns itens a gente tinha já em processo de compra, em processo licitatório, em quantidades suficientes para atender, atravessar essa crise, como já algumas coisas de usuais, como luva, seringa, isso a gente já tinha, mas alguns produtos não, é, máscaras, aventais, esses produtos, entre outros, a gente não tinha uma previsão de consumo elevado como aconteceu com a gripe, aí foi a nossa grande, a nossa mobilização pra abastecer esses produtos, então o que que a gente contou, contou com recursos oriundos da FUNPAR, que a gente fez algumas compras emergenciais, é, a gente conseguiu rapidamente abastecer o hospital desses produtos, que não existiam previsão, além de uma agilidade na confecção de novos empenhos, e contatos com fornecedores para que nos abastecessem rapidamente, porque na verdade também as indústrias não estavam preparadas, a gente encontrou muito produto em falta no mercado porque as indústrias ainda tinham que produzir, elas não estavam preparadas para tanto, [...]. (E9)

[...], no início de 2009 nós fizemos uma previsão pra atender todo 2009, então, dentro disso as quantidades já, dentro do histórico de consumo anterior, é, nesse período não se conhecia a gripe, como a gente as vezes, alguns itens, trabalha, tem uma quantidade maior, é, assim, provavelmente alguns itens a gente já tenha ideia de que vai consumir mais, no caso, como te falei das luvas, a gente tinha uma quantidade grande já planejado, [*trabalha com uma certa sobra*], isso, então é possível usar o nosso estoque, alguns outros itens como não tem um consumo tão grande usual, esses a gente foi pego de surpresa, entre eles, facilmente, avental, a gente não tinha uma quantidade grande, mesmo as máscaras, que são usadas principalmente nas unidades de isolamento, centro cirúrgico, mas não numa quantidade tão grande, porque você não distribui pros funcionários em geral, indiscriminadamente, então esse foi um grande problema; [...]. (E9)

Como observado nos relatos, houve a necessidade da realização da compra emergencial de alguns materiais durante a pandemia, já que não havia previsão de um consumo elevado, como ocorreu. É interessante destacar que uma das dificuldades encontradas neste período foi justamente conseguir estes materiais com os fornecedores, já que as indústrias também não estavam preparadas para um aumento tão expressivo da demanda.

Pode-se perceber a importância desta prática de abastecimento no contexto da pandemia, principalmente por sua relação com os procedimentos voltados à segurança dos profissionais e ao controle de infecção hospitalar, como demonstrado no seguinte relato:

[...], os cuidados né, de modo geral, os cuidados com lavagem de mão, todos esses cuidados foram importantes, e a mobilização de suprir o hospital com os materiais necessários com rapidez, essa agilidade, porque o principal era dar segurança para os profissionais que estavam envolvidos né, [...]. (E9)

Além da proteção efetiva desempenhada pelos EPIs, pode-se observar que a disponibilização destes equipamentos e materiais para os funcionários também foi realizada como uma tentativa de lidar com o pânico e o medo das pessoas, como demonstrado no relato da entrevistada 3 quando fala sobre a postura da Direção quanto à compra de materiais:

[...], a Diretora Geral no início liberou luva e máscara, ‘eu tenho que deixar os funcionários tranquilos’, [...], acho que foi uma medida correta pra não deixar os funcionários em pânico, medida de tranquilizar, ‘libere, compra o que tiver que comprar’. (E3)

Conforme observado no relato da entrevistada 3, houve uma preocupação por parte da direção do hospital em disponibilizar os materiais necessários para a proteção dos funcionários, inclusive com o intuito de proporcionar maior tranquilidade e reduzir o pânico das pessoas, como analisado no tópico anterior. Este posicionamento da direção do hospital, ao mesmo tempo que agilizou os processos de compra de materiais, gerou um certo questionamento por parte de alguns profissionais com relação a distribuição indiscriminada de materiais, como demonstrado no seguinte relato:

[...], a questão de distribuição, até mesmo de, de, máscaras, é, a gente tem o posicionamento da unidade, e da própria comissão de infecção, não fazer uma distribuição indiscriminada pra todos os funcionários que nos procurassem, [*de não distribuir pra todos*], porque, porque o uso dela tem que saber usar, a utilização da máscara, então a pessoa, depois de colocar a máscara pra uma proteção que ela não pode ter, não pode ficar tendo contato com a máscara, e não era o que a gente via, você via pessoas na

rua, usando, pegando, então ela mesmo, com a possibilidade dela mesma se contaminar com a máscara seria grande, então esse cuidado teria que ter, mas a Direção do hospital, até por uma questão das pessoas se sentirem protegidas, determinou que a gente fizesse a distribuição pra todos, então; [*e foi possível atender essa demanda?*], foi possível atender essa demanda, foi possível através dessas compras emergenciais, [...]. (E9)

Este relato demonstra como um dos propósitos da distribuição dos materiais foi claramente o de transmitir segurança para os funcionários, mesmo que em algumas situações, o uso incorreto dos mesmos pudesse oferecer risco aos funcionários. Pode-se considerar aqui uma relação em que a disponibilização dos materiais também foi realizada de um modo a influenciar a percepção e a interpretação dos funcionários, com relação às suas condições de segurança. Este aspecto será considerado em uma temática seguinte.

A fala do entrevistado 9 também explicita o problema referente ao aumento considerável da demanda por materiais relacionados à proteção dos funcionários e ao controle de infecção hospitalar, questão que também foi abordada pelo entrevistado 11:

Pra você ter uma ideia do que representava isso em nível de produção, a gente deve ter gasto no uso de touca e luva, esse número a *Entrevistada 10* tem ele bem certinho, assim, o que a gente gastou em 1 ano de 2008 e 2009 até aquele momento, a gente gastou em 2 semanas; e luva, gorro, máscara, o consumo aumentou em 800% em relação ao ano passado, pra mostrar o que representava isso a nível da, de, de sobrecarga estrutural para o hospital. (E11)

Pode-se verificar a importância da prática de abastecimento no processo de *strategizing*, justamente por surpreender o hospital com os recursos e materiais necessários para a viabilização das ações de controle de infecção e de proteção dos funcionários, profissionais e pacientes do HC. Pode-se observar como esta prática estratégica administrativa (JARZABKOWSKI, 2005) foi importante para a sustentação de outras práticas estratégicas do processo de *strategizing* durante a pandemia.

Outra prática estratégica verificada foi a de criação do Comitê da Gripe. Com base na definição de Jarzabkowski (2005), o Comitê da Gripe pode ser compreendido como uma prática episódica, tendo sido formado especificamente na situação da pandemia de gripe A/H1N1. Esta prática estratégica também foi realizada em outros locais, como na Secretaria Municipal de Saúde de Cutitiba, comitê do qual o HC participou efetivamente, e na Secretaria Estadual de Saúde. A formação do comitê é compreendida como uma prática estratégica importante do processo de *strategizing* durante a crise, assim como, o próprio Comitê pode ser caracterizado como um praticante da estratégia (JARZABKOWSKI e SPEE, 2009), como já foi analisado na temática anterior.

O relato abaixo é a resposta da entrevistada 10 diante da pergunta sobre quais ações e práticas adotadas ela considerou como estratégicas para lidar com a situação de pandemia:

Primeiro a formação do grupo, do comitê, número 1. Você pegou as pessoas essenciais, e todos trabalhando junto né, tendo foco para que as ações fossem realizadas dentro do hospital. (E10)

O comitê possibilitou a interação entre praticantes importantes e a mobilização dos mesmos para a realização de ações de preparação e de enfrentamento da crise, como demonstrado no relato do grupo focal 2, realizado com 4 integrantes do Comitê da Gripe:

[...], acho que partindo do comitê houve o estabelecimento de fluxos, acho que isso foi fundamental, fluxos pra tudo, partindo da base desse grupo que definiu essa situação, definiu fluxos, papéis, responsabilidades, acho que tudo isso foi fundamental, e claro né, a questão da comunicação, né, nunca foi tão perfeita parece né, parece que quando as pessoas querem elas escutam, quando não querem não escutam, e todo mundo queria escutar porque era do seu interesse, então eu acho que foram estratégias fundamentais, do estabelecimento do comitê, e a partir houve definições de papéis, responsabilidades, fluxos, então aí houve realmente uma interação entre as equipes, então eu acho que isso foi o que deu certo, [...]. (GF2)

Como relatado no grupo focal, a partir do comitê foram estabelecidos fluxos de atendimentos dos pacientes e responsabilidades e papéis de setores e profissionais, ou seja, a prática de criação do comitê foi importante para organizar e coordenar outras ações e práticas realizadas no processo de fazer a estratégia durante a crise. Também é possível observar como o comitê desempenhou o papel de facilitar a interação e a comunicação entre as diferentes equipes de profissionais, sendo, portanto, uma prática estratégica que potencializou o processo de *strategizing* interativo, analisado adiante.

A realização de reuniões também foi considerada uma prática estratégica significativa do *strategizing* durante a pandemia. Segundo Jarzabkowski (2005), as reuniões podem ser compreendidas como práticas estratégicas episódicas. A partir dos dados, pode-se observar que as reuniões também apresentam aspectos característicos das práticas discursivas (JARZABKOWSKI, 2005), na medida em que viabilizam recursos simbólicos e linguísticos presentes nas interações realizadas durante o *strategizing* (JARZABKOWSKI, 2005). Como demonstrado nos seguintes relatos, as primeiras reuniões realizadas no hospital ocorreram logo após o comunicado inicial da OMS sobre os casos da nova gripe:

Então as primeiras reuniões, já naquela semana, inclusive já naquele primeiro dia, foram com as equipes que estavam de plantão nestas unidades de porta de entrada né, [...]. (E1)

E aí aqui, como começou, então chegamos na segunda-feira e já fizemos, já chamamos pra uma reunião a Direção de Assistência, a Infectologia, Urgência e Emergência, né, aquele grupo, a CCIH, nos reunimos e, e até pra organizar um protocolo, o que que a gente vai fazer, como vai atender, quando chegar um paciente aqui no PA como que vai ser, então já estabelecemos uma primeira, é, orientação. (E10)

A fala da entrevistada 10 demonstra como, desde o início, a realização de reuniões foi uma prática estratégica utilizada, principalmente, por propiciar reflexões entre os praticantes sobre as situações vivenciadas, propiciar a organização de protocolos e fluxos, a tomada de decisões, e a mobilização para realização das ações e atividades estratégicas, como também já foi brevemente descrito com relação às reuniões do Comitê da Gripe. A importância das reuniões para o desenvolvimento do processo de *strategizing* também foi observada em relatos sobre a realização de grandes reuniões (assembleias) com os funcionários:

Foram feitas inúmeras reuniões, além de a gente fazer uma assembleia geral com todos os funcionários, a gente foi nos serviços, sabe, [*essa assembleia geral como que foi, quando que foi feita e como que foi?*]; acho que foi na semana seguinte daquela primeira crise, sabe, porque o pessoal começou a ficar muito apavorado, porque assim, a gente ia nas unidades fazer, mas a gente percebeu que assim mesmo não deu certo, então aí a gente resolveu fazer uma assembleia de esclarecimento pra todo mundo, [...]. (E3)

Tivemos duas reuniões grandes com os funcionários do hospital e a Direção, isso foi importante, no sentido de dar uma tranquilidade, e a questão também dos alunos né, [*reuniões essas pra todos os funcionários?*], pra todos, um auditório bem grande, aproximadamente 500 pessoas. (E10)

[...], é que a gente teve que fazer esta reunião para que todos os serviços se esclarecessem sobre o que estava acontecendo, como que a coisa estava sendo conduzida, quais eram as diretrizes, quais eram as rotinas, para aquelas situações, tentando passar um pouquinho mais de segurança pras equipes; [...] participaram dessa reunião todos os diretores, o Controle de Infecção, o Serviço de Epidemiologia, [...]. (E1)

Conforme indicado nos relatos, estas assembleias realizadas no HC contaram com a presença de vários funcionários e profissionais. Pode-se observar na fala dos três entrevistados que estas assembleias foram realizadas no intuito de que fossem dadas orientações e esclarecimentos aos funcionários, e conseqüentemente, que os mesmos se sentissem mais tranquilos e seguros diante daquela situação de incerteza e risco. Entende-se que estas assembleias foram espaços significativos para a mobilização de processos de *sensemaking*, principalmente por proporcionarem momentos de fala e discussão entre diversos atores (WEICK, 1995). Deste modo, tais assembleias também foram utilizadas por alguns praticantes, principalmente da alta administração, no propósito de conduzir e direcionar as

estratégias que estavam sendo realizadas. Neste sentido, estas assembleias também podem ser compreendidas como uma prática estratégica discursiva (JARZABKOWSKI, 2005), já que permitem que os praticantes incorporem aspectos simbólicos e discursivos no processo de *strategizing*.

Um ponto de encontro entre os processos de *sensemaking* e *strategizing* se dá justamente neste aspecto discursivo do fazer a estratégia (HENDRY, 2000), principalmente sob a forma de argumentações (WEICK, 1995). O relato seguinte demonstra como processos de argumentação foram realizados por um dos praticantes em uma assembleia em que alguns funcionários estavam questionando o fato do HC ser definido como o hospital de referência para o atendimento dos casos de gripe:

[...], quer dizer, assumimos essa tarefa, nos colocamos à disposição, e isso foi muito questionado dentro do hospital, ‘por que nós? Por que nós que vamos receber? Uma doença potencialmente mortal e contaminante, por que nós que vamos?’, então fizemos assembleia, bem, primeiro porque nós somos funcionários públicos, segundo, esse é o nosso papel, é, nós vamos fazer o que? Sair correndo? Nós vamos embora, e quem é que vai atender? Nós somos médicos, nós somos enfermeiras, nós somos quem trata disso, e somos serviço público e somos o maior do Paraná, quem é que vai fazer, não tem saída, [...]. (E14)

É interessante perceber, na fala da entrevistada, a construção de uma argumentação sobre os motivos pelos quais os funcionários e profissionais do HC deveriam assumir o papel de atender os pacientes com gripe A. Pode-se observar que a argumentação é construída com base em um elemento importante do *sensemaking*, a identidade (WEICK, 1995). É possível observar uma referência tanto à identidade profissional dos atores quanto à identidade organizacional. A identidade profissional foi utilizada como argumento para que as pessoas refletissem sobre qual o papel delas enquanto profissionais da saúde naquela situação. Este aspecto fica claro na fala “nós somos médicos, nós somos enfermeiras, nós somos quem trata disso”, ou seja, naquele contexto seria plausível que os profissionais assumissem sua identidade de profissionais da saúde e atendessem os pacientes. Com relação à identidade da organização, o fato de ser o maior hospital público do estado também foi citado para que os profissionais compreendessem o papel do hospital como sendo de referência, e que portanto, prestaria assistências à população com gripe.

Este processo de argumentação realizado nas assembleias também pode ser compreendido a partir de uma dinâmica de processos de *sensemaking* e *sensegiving* (GIOIA e CHITTIPEDDI, 1991; ROULEAU, 2005). Assim, a apresentação de argumentos por parte do representante da Direção do HC é compreendida como um processo de *sensegiving*, ou seja,

uma tentativa de influenciar o processo de *sensemaking* realizado pelas outras pessoas para que construam um determinado sentido (GIOIA e CHITTIPEDDI, 1991). Neste caso, a argumentação pretendia influenciar os profissionais presentes na assembleia para que assumissem o papel de atender os pacientes com gripe que eram encaminhados ao hospital. Estas questões remetem à análise realizada no tópico anterior, com relação ao medo vivenciado pelos profissionais e aos dois sentidos que foram sendo construídos, conforme analisado nas temáticas 5 e 6 do tópico 4.4. Assim, pode-se perceber como esta prática estratégica de realização de reuniões e assembleias foi relevante no processo de *strategizing*, principalmente pela sua relação com o processo de *sensemaking*.

Por fim, a última prática estratégica analisada foi a de realização de treinamentos com os funcionários e profissionais do HC. Foram considerados tanto os treinamentos realizados durante a pandemia de influenza A/H1N1, visando o repasse de orientações e a capacitação técnica sobre procedimentos que deveriam ser adotados no atendimento dos pacientes, quanto treinamentos que já haviam sido realizados antes da pandemia, principalmente na ameaças anteriores da influenza aviária e da SARS.

Os treinamentos realizados durante a pandemia são descritos nos relatos seguintes:

Os treinamentos, no começo, nós tivemos agendamentos nas salas de aulas, a gente fazia um cronograma, porque não podíamos tirar todo mundo da unidade ao mesmo tempo, então a gente dava em vários horários, de manhã, tarde e noite, e junto a isso nos serviços chave, como a UTI, o Pronto Atendimento, o Raio-X, [...]; é então esses treinamentos eram no local, a gente ia até sem material áudio-visual, a gente ia e conversava com as equipes. [...], então nós fomos nos locais, no Laboratório, no Raio-X, é, na Infecto, na UTI, Endoscopia, enfim, fomos nos locais fazendo esse primeiro treinamento e já na seqüência em sala de aula com aula, aberto, lotava a sala, fechava a turma e dava aula, [...]. (E1)

[...], foram feitos treinamentos em conjunto com a CCIH, nós preparamos uma apresentação, fizemos vários para os funcionários, pra alguns setores específicos, a Anatomia Patológica teve todo um treinamento de manejo de cadáver, é, fizemos, um com o grupo de enfermagem, Urologia, pra Infecto, pra Clínica Médica, em vários setores né, foram feitos, a gente preparou o material, a outra orientava o que fazer, aonde encaminhar, a utilização dos EPIs, principalmente a questão da higienização de mãos, e quem tivesse sintomático deveria procurar imediatamente o atendimento (no Ambulatório dos Funcionários) e não comparecer ao trabalho. (E10)

Pode-se observar que estes treinamentos foram realizados basicamente de dois modos:

(i) realizados em salas de aula, para turmas agendadas nos horários disponíveis, abertos para a participação de todos os funcionários; (ii) realizados em alguns setores do HC, nos próprios locais de trabalho, abordando aspectos específicos da atividade desenvolvida no setor, além

das orientações gerais sobre a influenza A/H1N1. Os treinamentos foram realizados por profissionais do Serviço de Epidemiologia e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), principalmente pela entrevistada 1, da CCIH. Como demonstrado nos relatos acima, além de informações e explicações sobre a pandemia de influenza A/H1N1 em si, foram realizadas orientações sobre medidas de higienização e o uso correto de EPIs, bem como, recomendações para os profissionais que apresentassem sintomas de gripe. Pode-se verificar aqui uma forte inter-relação entre as práticas estratégicas de controle de infecção hospitalar, de uso de EPIs, e de treinamento.

A análise dos dados também indicou a relevância das orientações e treinamentos que haviam sido realizados na época das ameaças de epidemia de influenza aviária e SARS, como observado nos relatos seguintes:

[...], na época da gripe aviária, nós tivemos treinamento, fizemos todos os fluxos, fizemos várias propostas de atendimento se a gripe aviária chegasse aqui, ela não chegou. (E4)

[...], a maioria dos médicos, mesmo o pessoal da enfermagem aqui na Infectologia já havia feito em 2005 um treinamento para o atendimento de um evento desse, de emergência de saúde pública, como era o caso né, então a gente começou a conversar com esse grupo de pessoas que fez esse treinamento no Ministério da Saúde, junto com a CCIH, com a *Entrevistada 1*, a gente começou a rever, resgatar todo aquele treinamento e preparar a enfermagem e os médicos pro atendimento, [...]. (E5)

Elas (médicas da Infectologia) também fizeram parte dessas primeiras reuniões aqui e já começaram a pegar todo material daquela época pra lembrar, providenciar máscara, luva, pra deixar na unidade, já começaram a trabalhar novamente com os seus funcionários, com a sua equipe, baseado no treinamento anterior, até porque no treinamento para estas duas pandemias anteriores foi a infecto (Infectologia) e a CCIH que deram treinamento pro estado todo, tanto nós quanto elas, então isso já estava bem, introjetado mesmo, e esse papel delas foi fundamental, essa tranquilidade pra equipe, tanto é que funcionou muito bem, não teve nenhum alvoroço, nenhum receio, nenhum medo nessa unidade. (E1)

Estes treinamentos anteriores também abordaram questões referentes à procedimentos e medidas que os profissionais iriam precisar adotar no eventual atendimento de pacientes com gripe, inclusive com relação à prática de controle de infecção hospitalar. É interessante destacar na fala da entrevistada 1 a influência deste treinamento anterior no comportamento da equipe de profissionais da Infectologia durante a pandemia de 2009, tanto pela rápida mobilização na preparação para os atendimentos quanto na tranquilidade da equipe durante a pandemia. A entrevistada 4 também demonstra no relato seguinte a influência destes treinamentos:

[...], as pessoas que já tinham passado pelo treinamento que puderam ir nessa reunião do comitê disseram, ‘olha a experiência ou a situação foi assim, acho que a gente deve fazer assim’, eu acho que sempre é um ponto a acrescentar, eu acho que foi um ponto que colaborou, [...]. (E4)

Portanto, observa-se como estes treinamentos anteriores interferiram no processo de *strategizing*, e até mesmo de *sensemaking*, durante a pandemia de influenza A/H1N1. A fala citada pela entrevistada demonstra como as experiências e conhecimentos adquiridos nas situações anteriores influenciaram as interpretações e as ações realizadas durante a pandemia de 2009.

Considera-se que estes treinamentos e estas reuniões e assembleias foram práticas estratégicas que viabilizaram o processo de *strategizing* interativo (JARZABKOWSKI, 2005) realizado durante o processo de crise, conforme analisado adiante.

Tema 3 - Práxis estratégica

Nesta temática foram considerados relatos que caracterizam a *praxis* do processo de *strategizing*, sendo analisadas algumas atividades realizadas pelos praticantes no *strategizing*.

A *praxis* é compreendida como o conjunto de atividades realizadas pelos praticantes no trabalho de fazer a estratégia (WHITTINGTON, 2002a, 2006, 2007; JARZABKOWSKI, 2004). Neste sentido, destaca-se que foi possível observar no relato dos entrevistados uma grande variedade de atividades e ações desempenhadas no HC durante o período da pandemia. As falas da entrevistada 1 apresentadas a seguir exemplificam algumas destas atividades e ações que tiveram de ser realizadas para que os pacientes com gripe A fossem atendidos:

[...], você tinha que pensar e raciocinar em cima de um hospital inteiro, tinha que pensar nos pacientes que chegavam, ver vaga no pátio para as ambulâncias, onde que as ambulâncias iam parar, onde iam entrar, tinha que entrar, parava todo mundo, entravam pelo hall da direção, chamava o elevador, o paciente subia por esse elevador, era desinfetado, é, tinha que pensar no laboratório que recebia o sangue, a urina, coletar a aspiração, tinha que pensar se ele piorasse tinha que ir pra UTI, lá tinha que estar um esquema montado, o centro cirúrgico tinha ficado parado, raio-x, cozinha, quem iria servir o alimento, como iria servir, quando a UTI foi fechado, começou a se levar comida para a equipe lá, para que ela não precisasse sair, [...]. (E1)

[...], até escrever a rotina você tinha é que, ser mais ágil, tinha que ir lá e dizer, então o paciente do Raio-X vem e ele vai ficar aonde? Aonde que vai

ficar a roupa, o avental, a máscara? Quem que vai fazer o que? Vamos proteger aquela chapa de raio-x com o que? Com pano não dá, então com plástico, quem que tem plástico? Daí achamos determinado plástico no centro cirúrgico que podia encaixar aquela chapa, é, prepara isso, prepara aquilo, [...]. (E1)

Como é possível observar, para o atendimento dos pacientes com gripe foi necessária a realização de um conjunto de atividades e ações. É interessante destacar que muitas destas atividades tiveram de ser realizadas de um modo diferente, adaptadas ao contexto de pandemia, principalmente para evitar a propagação do vírus no ambiente hospitalar. Diversas atividades foram realizadas por vários profissionais durante o período da pandemia, porém para que elas sejam caracterizadas como uma práxis estratégica precisam de algum modo estar relacionadas ao trabalho de fazer a estratégia (WHITTINGTON, 2006, 2007). Os relatos acima dão alguns indicativos de atividades que podem ser compreendidas como práxis estratégica, como: relacionadas à entrada e internação do paciente no hospital, a circulação de funcionários entre setores, à realização de exames laboratoriais, ao serviço de alimentação, ao isolamento de alas do hospital, etc. Assim, as atividades relacionadas ao fechamento do Pronto Atendimento do HC para o atendimento exclusivo de pacientes com gripe A/H1N1 foram significativas no processo de *strategizing*. Os relatos abaixo apresentam algumas destas atividades:

[...], a gente conseguiu montar o planejamento no dia né, a gente definiu o que que a gente ia fazer, na verdade a gente estava cheio de outros pacientes internados na unidade, e a gente, em 24 horas deslocou todos esses pacientes, nós fechamos um andar da semi-intensiva só pra atendimento da gripe, fechamos o P.A. observação, tínhamos todos os horários aqui, colocamos, deixamos de atender quem estava em observação, porque como os pacientes da gripe eram pacientes muito graves, e que tinham, principalmente os da UTI, uma demanda de atendimento maior em termos de gravidade, em termos de cuidado mesmo, a gente teve que realocar os recursos humanos, então a gente fechou o P.A. Observação, mudou a característica de Semi-intensiva, e com isso a gente acabou tendo que fazer deslocamento de pessoal, que também é uma dificuldade, que você sabe muito bem que, é [resistência] a mudança, sair do seu local de trabalho e ter que trabalhar em outro serviço, isso também foi uma batalha, e isso tudo ocorreu, como eu te disse, em 24 horas a gente definiu todo esse plano e colocou esse plano em funcionamento, [...]. (E4)

[...], na verdade, primeiro que acabou o hospital fechado né pra essa situação, então as primeiras ações que foram feitas era restringir o atendimento num único local, é, fechar o hospital de certa forma né para o público externo, nós não tínhamos mais fornecedores, nem mais ninguém circulando dentro da instituição, [...]. (E9)

Como observado no relato da entrevistada 4 a decisão de fechamento do P.A. trouxe a necessidade de realização de diversas ações para o atendimento dos pacientes com gripe. É interessante destacar no relato desta entrevistada a realização de ações de planejamento das atividades e mudanças que aconteceriam. Os relatos das entrevistadas ainda evidenciam atividades relacionadas à reorganização dos setores da Unidade de Urgência e Emergência, dentre eles o PA e a Semi-intensiva, inclusive com a realocação de profissionais conforme as novas demandas de atendimento. O fechamento do PA também impactou nas questões referentes à circulação de pessoas no HC, principalmente com relação ao atendimento dos pacientes com gripe em locais específicos, e quanto à restrição da entrada de pessoas do público externo.

Outra atividade estratégica realizada durante a pandemia foi a notificação dos casos de gripe atendidos no HC, incluindo o levantamento e o tratamento das informações relacionadas à estes atendimentos. Esta atividade é descrita nos seguintes relatos:

[...], as nossas ações eram mais de notificação, então de notificar o alerta, quantos nós tínhamos naquele momento, a gravidade dos nossos pacientes, quantos óbitos né, encaminhar o exame, que é esse inicial, porque sem exame você não pode confirmar nada, nossa rotina era mais essa, de ver quantos casos internaram, quantos casos foram notificados, quantos exames nós encaminhávamos, porque era assim, eles coletavam e nós mesmos encaminhávamos, levávamos pro laboratório, essa rotina não é terceirizada não, [...]. (E7)

- [...], e a parte de dados também, é até algo que ficou bem com a Maria (funcionária da Epidemiologia, nome fictício, participante do grupo focal 1), que a Maria não é profissional de saúde, mas esses dados deram muito trabalho, até pouco tempo atrás era a organização de planilhas, digitação, e a importância disso de repassar para o Estado, para que o Estado tivesse boletins oficiais, porque teve muita informação falsa paralela, e esse trabalho então de alguém compilar e preparar o material e dizer, tá aqui, esse é o resumo do que está acontecendo, pra evitar mais pânico, [*E como que foi isso Maria, essa questão dos dados, da informação?*]

- todos os pacientes que internavam, que eram suspeitos, que eram feitas as fichas, eles passavam pra mim, e a gente passava isso pra uma planilha, e eu aguardava os resultados, e assim que viessem a gente alimentava essa planilha com os resultados, e com isso a gente passava essa planilha todos os dias pra secretaria municipal de saúde e pra estadual, [...],

- e mesmo você falar, 'ah, mas é só digitar um dado', mas é um dado que tinha que ser passado, porque naquele momento a informação era muito importante aí pra fora, até pra você ver como é que está sendo feito o controle, [...]. (GF1)

Assim, esta práxis de notificação dos casos, incluindo ações de digitação de fichas epidemiológicas, contabilização dos internamentos, verificação do resultado de exames, a organização de planilhas, e o repasse de dados para as secretarias municipal e estadual de

saúde, foi um elemento importante do processo de fazer a estratégia durante a pandemia. As informações geradas por esta atividade auxiliaram na compreensão sobre como estava a situação dos casos atendidos no HC, sendo, portanto, estratégica tanto para o próprio HC quanto para os órgãos públicos de saúde externos ao HC.

O relato apresentado a seguir descreve uma práxis estratégica realizada por profissionais da UTI e da Anatomia Patológica do HC:

Eu sei que a gente resolveu a situação bancando que nós, toda vez que o doente morresse, a gente pediria uma autorização pra família, um consentimento informado, de que a gente ia fazer uma biópsia dentro da UTI, ia fazer um cortezinho, tiraria um pedaço do pulmão e mandaria o pedaço de pulmão em formol lá pra Patologia (setor de Anatomia Patológica), e daí eles topavam, daí a família topava, e daí que eu comecei a ter material pra poder estudar o que que estava acontecendo; [...], e daí a gente começou a acertar o tratamento, a gente já entendia o que o vírus estava fazendo dentro do pulmão, daí a gente acertando, os resultados começaram a melhorar. (E11)

Este relato apresenta uma atividade que foi realizada na UTI diante da seguinte situação: estavam ocorrendo óbitos de pacientes internados com gripe e os profissionais da Anatomia Patológica haviam se negado a realizar as autópsias nestes pacientes, principalmente pela falta de condições adequadas e seguras para realização deste procedimento, como já foi abordado anteriormente. Diante da impossibilidade de realização de autópsias, a equipe de médicos da UTI começou a fazer biópsias em que retiravam um pequeno fragmento de tecido pulmonar dos pacientes que haviam ido a óbito e enviavam para análise na Anatomia Patológica. Como relatado pelo entrevistado 11, estas análises permitiram que os profissionais comesçassem a entender o que estava acontecendo com os pacientes infectados pelo vírus, e conseqüentemente, propiciaram um aprimoramento do tratamento dos pacientes.

Pode-se considerar que esta ação de realizar a biópsia foi constituinte tanto do processo de *sensemaking* quanto do de *strategizing*. Esta ação contribuiu para o *sensemaking* naquela situação, principalmente porque permitiu a realização de análises que geraram informações mais precisas sobre o impacto do novo vírus no corpo dos pacientes. É interessante perceber a semelhança com a descrição de Albolino *et. al.* (2007), quando afirmam que enquanto os profissionais da UTI desempenham suas atividades diárias eles vão coletando novas informações sobre o estado dos pacientes, então eles revisam seu entendimento sobre a situação com base na informação adquirida. Segundo os autores, “o *sensemaking* social não inclui apenas o compartilhamento de um significado; mas sim, é

possível dizer que é a experiência da ação coletiva que é compartilhada” (ALBOLINO *et al.*, 2007, pg 132, tradução livre). Assim, o compartilhamento na realização das atividades também é um aspecto significativo para o *sensemaking*. Como afirma Weick (1995, p. 13, tradução livre), o “conceito de *sensemaking* enfatiza a ação, a atividade, e a criação que estabelece os traços que são interpretados e reinterpretados”. Portanto, a ação coletiva de realizar a biópsia estabeleceu os traços que foram interpretados pelos profissionais da Anatomia Patológica e da UTI, melhorando a compreensão sobre a nova gripe. Ao mesmo tempo, esta mesma ação de realizar a biópsia pode ser considerada como uma praxis estratégica, já que permitiu o desenvolvimento do tratamento dos pacientes, contribuindo para a melhora dos mesmos e para a diminuição dos casos de óbitos. A importância desta ação também foi comentada pela entrevistada 15, profissional do setor de Anatomia Patológica:

[...], mas isso gerou também a possibilidade de se usar uma técnica, uma necrópsia limitada, por exemplo, o paciente ia a óbito na UTI, e o pessoal da UTI, com os cirurgiões, faziam pequenas incisões com toda proteção, com o box fechado, e retiraram fragmentos do tecido pulmonar, que é o órgão alvo, mais afetado, e a gente aprendeu a ver então qual a lesão principal que estava acontecendo no pulmão desses pacientes, e indo pra literatura vimos que era similar a pandemias passadas né, [...]; inclusive com a nossa avaliação o pessoal da UTI pode perceber que haviam alguns ajustes com a pressão de oxigênio e com o uso do respirador que eles podiam ajustar, [...], e foi uma técnica nova utilizada que pode ser utilizada em outras situações, o pessoal da UTI gostou, a gente acabou trabalhando junto de uma maneira bem boa e bem satisfatória, mas até chegar tudo isso foi uma confusão bastante grande, [...]. (E15)

Nesta fala a entrevistada 15 também destaca a relevância desta atividade para a compreensão sobre a situação que estavam vivenciando, principalmente quando afirma que antes da realização desta técnica ainda havia uma “confusão bastante grande”. A realização destas biópsias e das análises laboratoriais possibilitou que os médicos da UTI fizessem modificações no tratamento do pacientes, como, por exemplo, com o ajuste da pressão do oxigênio, o que trouxe resultados positivos. Esta relação da atividade com a geração de resultados também é um indicativo da relevância estratégica desta *praxis*.

Além de enfatizar a importância da ação das pessoas no processo de *sensemaking*, esta situação apresenta outra característica interessante da *praxis* estratégica. Segundo Whittington (2006) a *praxis* é uma performance que contempla a improvisação, sendo que os praticantes podem adaptar ou até mesmo sintetizar novas práticas. Esta característica de improvisação pode ser observada na atividade realizada pelos profissionais da UTI que, diante da impossibilidade de realização das necrópsias, improvisaram com a realização de uma biópsia

dentro da própria UTI. Desde modo, a partir de uma *práxis* surge a possibilidade da criação de uma nova prática na UTI do HC (JARZABKOWSKI, 2004; WHITTINGTON, 2006).

Tendo como base tais considerações sobre a *práxis*, os praticantes e as práticas estratégicas, propõe-se na temática seguinte uma análise do processo de *strategizing* como resultante da interação entre estes três elementos.

Tema 4 – *strategizing*: “como eu digo né, nós trocamos a roda do carro com o carro andando”.

Nesta temática foi analisado o processo de *strategizing*, considerando as práticas estratégicas e a *práxis* realizadas pelos praticantes, conforme apresentado anteriormente. Foram analisados relatos que indicam como os profissionais do HC agiram e interagiram no processo de fazer a estratégia (WHITTINGTON, 1996). Inicialmente foram apresentadas falas que demonstram o caráter dinâmico do processo de *strategizing* durante a crise. Posteriormente foram caracterizados os objetivos estratégicos presentes no processo de *strategizing*. Por fim, realizou-se uma análise das relações de influência entre os processos de *strategizing* e *sensemaking*.

Observou-se que o processo de *strategizing* durante a crise foi extremamente dinâmico. Houve uma interação constante entre ações de planejamento e de implementação das estratégias, em sua maioria voltadas para a resolução de problemas ou demandas imediatas de curto prazo. Os seguintes relatos caracterizam um pouco desta dinâmica:

[...], a gente teve que fazer um planejamento muito extenso em cima da hora, mas que não deixou de ser um planejamento para atender essa demanda, [...], tivemos que planejar né, nós temos que dar conta do recado, o que nós vamos fazer pra dar conta do recado, quem vai pra onde, quem vai vir pra cá, o que que nós vamos fazer lá, que material eu vou precisar, que material tem que pedir pro Abastecimento conseguir, que treinamento eu tenho que dar pra equipe, [...]. (E4)

[...], cada dia tinha uma novidade, o rumo é esse, mas amanhã ele já tinha que desviar, e as coisas iam, completamente dinâmico. [...], amanhã já muda de novo, exatamente. Então assim, a gente tinha um leque muito amplo de situações, você tinha que estudar, tinha que se informar diariamente e ao mesmo tempo treinar, e as vezes o treinamento que tinha dado numa semana já não era o mesmo tinha que dar no dia, daí na outra já tinha que chamar todo mundo de novo. (E1)

- [...], cada dia mudava, porque daí a gente era referência pra internamento, daí o primeiro caso chegou e entrava por qual porta, por qual elevador, aí no dia seguinte já mudava tudo outra vez, aí quem que manda, quem que,

entendeu? [...], todo dia era uma coisa diferente, então você pensar ‘amanhã vai ser assim porque hoje foi’, amanhã já mudou tudo entendeu, porque não tinha rotina,
 - aí você tinha que ficar todo dia assim, ‘como que é hoje?’, ‘aonde que é hoje?’, entendeu, cada dia era um esquema diferente. (GF1)

Estes relatos demonstram como o processo de fazer a estratégia durante a crise foi dinâmico. As relações entre as práticas estratégicas e as práxis realizadas pelos praticantes estavam em movimento constante. Este dinamismo no processo de fazer a estratégia estava intimamente relacionado à própria dinâmica da situação de crise, caracterizada pela imprevisibilidade e incerteza, sendo que a cada momento surgiam novas demandas e problemas para serem solucionados. Pode-se observar neste processo de *strategizing* uma contínua inter-relação entre a formulação e a implementação das estratégias (WILSON e JARZABKOWSKI, 2004), como quanto a entrevistada 4 fala sobre o planejamento e a realização de diversas ações relacionadas ao fechamento do Pronto Atendimento do HC. Como demonstrado nos relatos, as decisões e ações tomadas em um dia muitas vezes eram revistas e re-definidas no dia seguinte.

Ainda que o processo de *strategizing* tenha sido dinâmico, foi possível verificar uma permanência e continuidade com relação aos objetivos do processo de *strategizing*. Pode-se considerar que o objetivo principal do processo de *strategizing* durante a pandemia foi o de prestar assistência às pessoas da comunidade que estavam com a gripe A/H1N1, mantendo assim uma relação com a própria missão do HC. Para que este propósito fosse alcançado era necessário garantir que haveriam profissionais para realizar os atendimentos, e ainda, que os mesmos também não fossem infectados pelo vírus. Assim, outro objetivo do processo de *strategizing* foi o de fazer com que funcionários e profissionais do HC continuassem trabalhando durante a pandemia, considerando as preocupações com a segurança dos mesmos. Os relatos seguintes indicam alguns destes aspectos:

[...], e a Direção decidiu o seguinte, eu não vou recusar máscara de alto custo pra quem quiser, se o funcionário lá do almoxarifado bater o pé que ele só vem trabalhar se eu der aquela máscara eu vou dar, mesmo sabendo que ele não precisa, mas não era a hora de eu ter um motim de funcionários; então a gente passou as informações, a gente ia nas reuniões, mas daí sempre tem os mais agitados né, que acham que estão sendo tratados diferentes, de uma forma diferenciada, daí a posição da Direção foi essa, falou, se pra ele vir trabalhar, e eu preciso que ele venha, eu não posso não ter esse funcionário, e ele só vem se ele tiver essa máscara, ele vai ganhar a máscara, mesmo que não seja indicado, [...]. (E5)

[...], gente ele passava o dia inteiro com a máscara pendurada aqui, mas aquilo dava pra ele uma tranquilidade, entendeu, porque na verdade ele não

precisava da máscara, mas se de repente ele se visse frente a frente com alguma situação contaminante ele puxava a máscara e parcialmente pelo menos ele estava protegido, depois de você encontrar com um contaminado você tem que jogar aquela fora e pegar outra, então o que que eles queriam, eles queriam ter certeza de que se eles precisassem de mais uma máscara era só ir e pegar, então a garantia da segurança do trabalhador é um fator muito importante, eu não posso dizer olha, pessoal não vai dar pra comprar nada disso aqui, vocês que se virem, pega o sabãozinho que sobrou lá na pia e se virem, então quer dizer, compramos litros de álcool gel, álcool gel por tudo que é lado, avental de contaminação em todas as áreas, [...], todo material de proteção completo. (E14)

Nestes relatos é possível observar esta questão da necessidade de que os funcionários continuassem indo trabalhar, e de como, isso estava diretamente relacionado à disponibilização de condições de segurança aos mesmos, principalmente via uso dos Equipamentos de Proteção Individual. É interessante perceber como as atividades e as práticas estratégicas realizadas pelos praticantes (analisadas anteriormente) podem ser consideradas como convergentes para o alcance destes objetivos.

A partir destas considerações é possível a reflexão sobre uma importante influência do *strategizing* no processo de *sensemaking* realizado durante a crise. Esta relação de influência é representada a seguir:

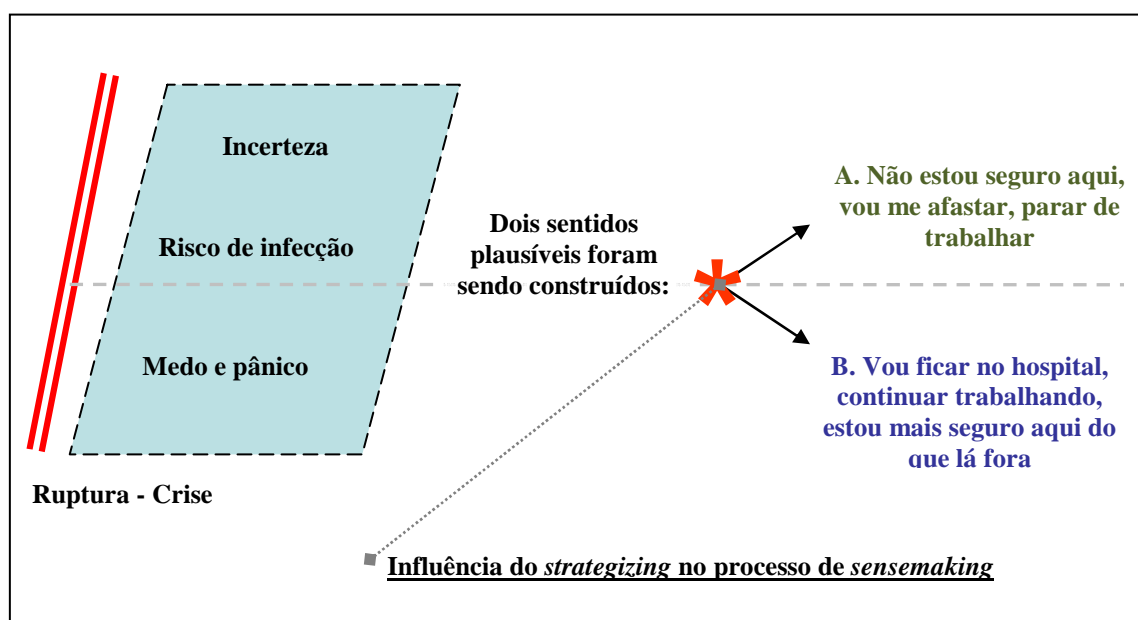


Figura 11. Influência do *strategizing* no processo de *sensemaking*

Fonte: elaborado pelo autor.

É interessante enfatizar que esta influência do *strategizing* no processo de *sensemaking* visou garantir o alcance do seguinte objetivo estratégico para o hospital: fazer

com que os profissionais continuassem trabalhando em segurança durante a crise para realizar o atendimento dos pacientes internados, cumprindo assim com sua missão de prestar assistência à comunidade.

Conforme analisado nas últimas temáticas do tópico anterior, ao longo do processo de *sensemaking* foram sendo construídos basicamente dois sentidos plausíveis, identificados como A e B na figura 11. É interessante observar que o sentido A foi um sentido plausível para aquele contexto de incerteza, risco de infecção e vivências de medo e pânico (WEICK, 1995), porém, ao mesmo tempo, representou uma ameaça ao propósito do HC de atender os pacientes com gripe, por uma possível falta de profissionais e funcionários. Por outro lado, as pessoas que compartilharam o sentido B estavam mais propensas a continuar trabalhando, já que se sentiam mais seguras dentro do hospital, devido à utilização dos materiais para proteção e controle de infecção. Pode-se considerar que foi justamente o processo de *strategizing* que contribuiu para a construção e a sustentação deste sentido B entre alguns profissionais do HC. O compartilhamento do sentido B, além de não representar nenhuma ameaça para a organização, pelo contrário, contribuiu para o alcance do objetivo estratégico na medida em que os profissionais continuavam trabalhando para realizar o atendimento dos pacientes. Estas influências do *strategizing* sobre o processo de construção de sentidos, bem como, o próprio processo de *strategizing*, são analisados a seguir.

O processo de *strategizing* realizado no HC pode ser compreendido como resultante da combinação de um *strategizing* processual (*procedural strategizing*) com um *strategizing* interativo (*interactive strategizing*) (JARZABKOWSKI, 2005). No *strategizing* processual, os praticantes utilizam um conjunto de procedimentos e práticas administrativas para organizar e viabilizar o trabalho de fazer a estratégia (JARZABKOWSKI, 2005), tais como: as práticas de controle de infecção hospitalar e de segurança no trabalho, a definição dos fluxos de atendimento dos pacientes, o abastecimento e o controle do estoque de materiais, a realização de treinamentos com os funcionários, dentre outros. No *strategizing* interativo, foram consideradas as interações sociais estabelecidas entre os praticantes e os demais funcionários durante o trabalho de fazer a estratégia, incluindo os momentos de conversa e argumentação realizados nas reuniões, assembleias e treinamentos (JARZABKOWSKI, 2005).

A realização do *strategizing* processual foi fundamental para a realização da estratégia durante a pandemia. As práticas e os procedimentos de controle de infecção hospitalar, como por exemplo, medidas de higienização, definição de áreas de isolamento e controle quanto à

circulação de pessoas, foram relevantes para conter a proliferação do vírus dentro do ambiente hospitalar, e conseqüentemente, diminuir o risco de que os profissionais e funcionários fossem infectados. De modo semelhante, a utilização dos EPIs (máscaras, luvas, aventais, etc.) contribuiu para a proteção dos profissionais que estavam em situações de risco de infecção. Tanto os procedimentos de controle de infecção, quanto de uso dos EPIs só foram realizados de modo eficiente durante a pandemia porque contaram com o suporte das práticas administrativas de abastecimento, gestão de estoque e de treinamento dos funcionários. Os procedimentos de compra dos materiais necessários, como álcool em gel e EPIs, foram fundamentais para a manutenção do controle de infecção e da proteção dos funcionários. De igual modo, os treinamentos realizados para a orientação dos funcionários sobre os procedimentos corretos de uso de EPIs e de higienização também foram relevantes. Portanto, pode-se perceber como todo este conjunto de práticas estratégicas administrativas interdependentes influenciou no processo de construção do sentido de que era seguro continuar trabalhando no HC, e conseqüentemente, contribuindo para o atendimento dos pacientes.

Porém, observou-se que não foram apenas estas práticas administrativas (*strategizing* processual) que compuseram o processo de *strategizing* durante a pandemia, já que houve ainda um papel extremamente significativo das interações sociais no trabalho de fazer a estratégia (*strategizing* interativo). O relato apresentado a seguir demonstra a relação de interdependência entre estes dois modos de *strategizing*:

Esse foi um outro trabalho que a gente teve que fazer nesses treinamentos, nessas reuniões, porque essa pandemia poderia durar um mês ou um ano, ninguém sabia, e a gente já sabia que a indústria mundial não tinha condições de suprir porque o mundo inteiro estava atrás de máscaras e luvas e álcool, então a gente tinha que convencer as pessoas de que eles tinham que ter segurança, e quando usar, e como usar, o que usar, para que também não faltasse quando a coisa, talvez pudesse ser mais necessária ainda, [*como ainda não se sabia o depois*], isso, exatamente, tinha que ter material disponível, não adiantava nem ter dinheiro para comprar porque não ia ter onde comprar. Então essa situação teve que ser muito bem trabalhada, e isso também foi um dos motivos dessa reunião, esclarecer as pessoas em relação ao uso correto dos materiais. (E1)

Portanto, além da disponibilização dos materiais de proteção e de higienização, foi preciso orientar os funcionários quanto ao uso adequado e eficiente dos mesmos. Estas orientações ocorriam em situações de interação e comunicação, como por exemplo, nos treinamentos e nas reuniões. Os relatos seguintes também demonstram a importância destas

interações realizadas durante os treinamentos e reuniões, principalmente por propiciarem a troca de informações:

[...], o que mais funcionou realmente foi, o principal assim, foi o boca-a-boca, o contato direto com os serviços mais envolvidos naquele momento. (E1)

[...] a sensibilização ajudou muito né, a gente estar informando, a gente mandava informes pra toda equipe, pro pessoal estar divulgando nos seus setores, o que que esta acontecendo, como que a coisa estava, é, se manifestando né, [...] (E10)

[...], olha eu acho que a informação, deixar todo mundo bem informado, tá, eu acho que foi uma das melhores estratégias que a gente teve, a situação da Epidemia aqui, da *Entrevistada 10* tomar pra si, e em todas as reuniões clínicas explicar pra todo mundo, onde tinha foco de pânico ela ia e interferia, tá, então isso foi assim fundamental, tá, eu acho que a informação foi, isso foi fundamental, [...] (E3).

[...], então, é, orientando, procurando orientar essas pessoas através da CCIH, tudo pra fazer com que as pessoas conhecessem, dando informação pras pessoas. (E9)

A disseminação de informações e orientações foi um elemento importante no processo de *strategizing* durante a pandemia, tendo sido realizada principalmente nas situações de interação face a face e de comunicação entre os atores (PEARSON e CLAIR, 1998; JARZABKOWSKI, 2005). Considera-se que a realização deste processo de *strategizing* interativo (JARZABKOWSKI, 2005) se deu em estreita conexão com o desenvolvimento do próprio processo de *sensemaking*. Os relatos seguintes demonstram alguns aspectos desta relação entre ambos os processos:

[...], porque com certeza o fato de ir nas unidades, de fazer assembleias, de explicar como funciona a doença, dar segurança pra eles assim, olha vocês não vão precisar aquele respirador horroroso, vocês não vão pegar, entende, porque não é todo o hospital que está contaminado, explicar pra eles e eles se sentirem seguros, explicar pra eles que eles estão num hospital, que em situação de crise e de epidemia é aqui mesmo que os pacientes vão vir, não tem jeito, essa é a realidade, tá, é que essa que é a realidade, então nós vamos ter que tratar pra trabalhar com ela, [...]. (E3)

[...], teve grupos que meio que quis se revoltar, teve, por exemplo, a semi-intensiva quando eu fechei, o grupo de lá é um grupo duro, é um grupo forte, tem várias lideranças, e eles quiseram questionar essa conduta achando que não era papel deles, mas aí foi importantíssimo a questão da entrada do, do grupo do Controle de Infecção (CCIH), foi lá e fez apresentações, qual era o risco, qual era o cuidado, né, como que a gente deveria agir, e se acontecesse de pegar, qual era o respaldo que ia ter, o próprio atendimento, a questão do fornecimento da medicação, [...]. (E4)

Em ambos os relatos pode-se observar situações de interação social em que determinados praticantes da estratégia se engajaram em discussões e argumentações para influenciar o processo de construção de sentidos que estava sendo realizado por outros funcionários. O relato da entrevistada 4 demonstra como os profissionais da CCIH foram ativos em realizar treinamentos e orientações para que os demais profissionais assumissem seu papel no atendimento aos pacientes. Observa-se como o processo de *sensemaking* foi sendo desenvolvido durante as interações sociais realizadas no dia-a-dia, seja em conversas, atividades, treinamentos e reuniões, e de como, justamente nestas interações, é que o *strategizing* interativo foi sendo realizado (SAMRA-FREDERICKS, 2003; JARZABKOWSKI, 2005; ROULEAU, 2005; PATRIOTTA e SPEDALE, 2009). Assim, as interações são oportunidades para que os praticantes discutam e negociem com os demais atores quais são os sentidos plausíveis para aquele contexto (SAMRA-FREDERICKS, 2003), como por exemplo, no relato da entrevistada 3, em que se argumenta que por se tratar de uma situação de epidemia é plausível que as pessoas tenham buscado o hospital, e que, portanto, também é plausível que os profissionais de saúde as atendam.

A realização do *strategizing* interativo por meio dos treinamentos e reuniões foi importante para lidar com a questão do medo e do pânico vivenciado pelos funcionários, como demonstrado nos relatos seguintes:

[...], e era, além dos treinamentos que a gente já vinha dando pro hospital, é, começar a orientar, é, no sentido assim, de reduzir esse medo, que as pessoas tinham que ter não medo e sim conhecimento, pra conseguir agir de uma maneira segura em relação ao paciente, e daí foram feitas inúmeras reuniões, inclusive chegou assim ao ponto de as pessoas não quererem trabalhar, o medo era tanto que, será que a máscara que o hospital está oferecendo é de boa qualidade, e a direção teve que convocar uma reunião com toda a equipe do hospital, foi aberta numa sala de aula, pra gente poder dar todas essas orientações, [...]. (E1)

[...], eles ficavam satisfeitos porque a gente estava dizendo pra eles o que estava acontecendo, e tudo é aquela coisa, se você não sabe o que tem atrás da porta, você fica com medo, você não sabe o que que é, quando você já sabe o que tem atrás da porta, é diferente, então ficou bem claro, coisa que todo mundo já sabe, não é nenhuma novidade né, que se você trabalha com informação frequente e orientação dos funcionários, você vai ter cooperação da parte deles, e vai ter um, um, melhor rendimento, [...]. (E10)

Como demonstrado nos relatos, estas interações que propiciaram o compartilhamento de informações foram particularmente eficientes nas situações em que os funcionários estavam vivenciando emoções de medo e pânico. As orientações sobre os procedimentos de

higienização e proteção, bem como, as informações sobre as formas de contágio e as possibilidades de tratamento contribuíram para que houvesse uma redução das vivências de medo entre os funcionários. Desde modo, o *strategizing* interativo também exerceu uma influência na construção dos sentidos ao longo da pandemia, já que contribuiu para que ao longo do tempo os funcionários também fossem considerando como plausível o sentido de que estavam seguros dentro do hospital, e que portanto, poderiam continuar trabalhando, como representado na figura 12.

Pode-se perceber como a associação entre o *strategizing* processual (procedimentos de controle de infecção, uso dos EPIs, disponibilidade de materiais, etc.) e o *strategizing* interativo (interações sociais em treinamentos, reuniões, conversas, argumentação) constituiu um processo de *strategizing* voltado para o alcance do objetivo de que os profissionais continuassem trabalhando em segurança durante a pandemia, para que os pacientes encaminhados ao HC fossem atendidos de modo eficaz.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo compreender como ocorreram os processos de *sensemaking* e *strategizing* no Hospital de Clínicas da UFPR durante a pandemia de gripe A/H1N1 no ano de 2009. Para tanto, realizou-se um estudo de caso instrumental único, no qual a experiência do HC durante a pandemia foi considerada uma crise organizacional analisada a partir de uma perspectiva processual. Uma das principais contribuições desta análise processual foi a de considerar o período antecedente a fase aguda da crise, no qual sinais de alerta e de vulnerabilidade já indicavam a possibilidade de sua ocorrência (TURNER, 1976; FINK, 1986; KOVOOR-MISRA *et al.*, 2001; ROUX-DUFORT, 2007a, 2007b, 2009).

Na análise do processo de *sensemaking* no período antecedente à fase aguda da crise, foi possível compreender que o modo como os atores constroem sentidos sobre os sinais antecedentes de alerta e de vulnerabilidade está relacionado ao modo como eles agiram nos primeiros momentos no processo de crise. Como afirma Weick (1995), o *sensemaking* é um processo construído com base em sinais extraídos de um fluxo de experiências vivenciadas pelas pessoas. Assim, observou-se que alguns profissionais do HC ignoraram (WEICK, 1990; ROUX-DUFORT, 2007a), negaram (ROUX-DUFORT, 2007a; MITROFF, 2007) e/ou normalizaram (WEICK, 2005) os sinais de alerta e de vulnerabilidade presentes no período antecedente da crise. Por outro lado, pode-se observar que alguns profissionais agiram de modo a “selecionar” estes sinais, e considerá-los em seu processo de *sensemaking*. A crença nestes sinais (WEICK, 1995, 2006) fez com que estes profissionais construíssem um sentido plausível de que havia a possibilidade de ocorrência de uma pandemia de influenza, e, portanto, mobilizaram ações para preparação dos serviços do hospital para esta situação. Estas diferenças entre estes grupos de profissionais demonstram a relevância do processo de *sensemaking* no processo de desenvolvimento da crise organizacional. Pode-se considerar que a ignorância diante dos sinais antecedentes de alerta e vulnerabilidade, seja por negação ou normalização, contribuiu para o aumento da vulnerabilidade do hospital diante da pandemia de influenza A/H1N1, já que não mobilizou ações de planejamento e preparação para o enfrentamento da pandemia. Por outro lado, aqueles profissionais que reconheceram os sinais antecedentes de alerta, e os consideraram como plausíveis, iniciaram ações de preparação que potencialmente reduziram a vulnerabilidade do hospital diante da pandemia. Portanto, este é um exemplo do como o processo de *sensemaking* realizado nas fases iniciais da crise pode

influenciar o desenvolvimento da crise organizacional, tanto no sentido de sua intensificação quanto na resolução da mesma (WEICK, 1988, 1990).

A ruptura da crise foi caracterizada pelo momento em que o Pronto Atendimento do HC foi “fechado” para o atendimento exclusivo dos pacientes de Curitiba e região metropolitana encaminhados com suspeita de gripe A. O fechamento do Pronto Atendimento, compreendido como o evento desencadeador da crise, é decorrente do fato de que o HC foi o hospital de referência para o atendimento dos casos de gripe de Curitiba. Esta exclusividade do Pronto Atendimento deixou explícito aos funcionários e ao público externo que o HC era o hospital de referência, e que, portanto, teria que atender a grande demanda de atendimentos e internamentos relacionados à gripe. Sendo assim, esta ruptura no fluxo normal de atividades do hospital desencadeou a fase aguda da crise, caracterizada pelo alto impacto no funcionamento do hospital decorrente do aumento pela demanda de atendimentos, bem como, pela ambiguidade e incerteza quanto à capacidade de atendimento dos novos pacientes encaminhados com sintomas de gripe.

A ruptura da crise gerou um colapso no *sensemaking* (WEICK, 1993), pois representou uma interrupção momentânea do fluxo de experiências dos indivíduos, que perceberam aquele momento como uma situação em que as coisas não faziam mais sentido. Após este colapso, iniciou-se uma intensificação do processo de *sensemaking*, justamente para que fosse possível construir sentidos plausíveis para a crise que estavam vivenciando. Como afirma Weick (1995), a interrupção no fluxo de experiências e as situações de ambiguidade e incerteza são propícias para uma intensificação do processo de *sensemaking*.

Observou-se também que a crise gerou medo e pânico entre os funcionários e profissionais do hospital (KOVOR-MISRA e MITROFF, 1996; PEARSON e CLAIR, 1998) em função: (i) da ambiguidade relativa à nova gripe, tanto em relação ao potencial de infecção e mortalidade do vírus, quanto às possibilidades de tratamento; (ii) da incerteza sobre quantas pessoas ainda seriam infectadas e se o HC teria capacidade para atender todos os pacientes encaminhados ao hospital; e (iii) do risco que os próprios funcionários e profissionais corriam de serem infectados pelo vírus. Observou-se que os dois primeiros aspectos (i e ii) estão relacionados ao medo do desconhecido, vivenciado nas condições de incerteza, ambiguidade e falta de sentido, sendo que o último fator (iii) remete ao risco de infecção, a uma preocupação com a integridade física e à condição de saúde pessoal.

Estes sentimentos de medo e de pânico tiveram influência nos processos de *sensemaking* realizados durante a crise, principalmente em sua fase aguda. O medo da

infecção fez com que muitos profissionais construíssem sentidos e agissem de modo a se afastar do hospital, deixando de ir trabalhar, ou até mesmo indo ao hospital mas se negando a realizar as atividades que eles consideravam apresentar maior risco de infecção. No processo de *sensemaking* que tomou esta direção, os funcionários construíram o sentido de que estavam expostos a um alto risco, e que, mesmo sendo trabalhadores do hospital não precisavam correr o risco de se infectarem para realizar suas atividades. Este processo de *sensemaking* representou uma ameaça para o HC, pois este precisava que os funcionários e profissionais continuassem trabalhando para que os pacientes fossem atendidos, e para que a organização cumprisse seu papel como hospital de referência para prestar assistência à comunidade durante a pandemia.

Observou-se que foram realizadas diversas atividades e práticas estratégicas para que, apesar do risco de infecção, os funcionários continuassem trabalhando durante a pandemia. Nesta situação, o processo de *strategizing* influenciou o processo de *sensemaking*. Este trabalho de fazer a estratégia gerou resultados, tanto que, outro sentido foi construído entre os funcionários, o de que eles estavam mais seguros dentro do hospital do que fora dele, pois ali eles tinham como se proteger da infecção pelo vírus por meio do uso dos EPIs e da realização das medidas de controle de infecção e de higienização. A influência do *strategizing* sobre o *sensemaking* foi observada tanto na realização do *strategizing* processual (práticas administrativas de controle de infecção, de compra de materiais, de treinamentos, de constituição do comitê da gripe, etc.) e do *strategizing* interativo (realizado em interações sociais face-a-face ocorridas em reuniões, assembleias e treinamentos). Este sentido, construído sob a influência do processo de *strategizing*, se mostrou estratégico ao HC, pois possibilitou que os funcionários continuassem trabalhando para atender os pacientes. O sentido de segurança dentro do hospital só pode ser construído porque as medidas de controle de infecção e de segurança dos funcionários foram eficazes, afinal ao longo do tempo verificou-se que os profissionais e funcionários não estavam sendo infectados pelo vírus. Assim como observou-se a influência do processo de *strategizing* sobre o *sensemaking*, outras relações no sentido inverso também foram percebidas. Portanto, pode-se concluir que os processos de *sensemaking* e de *strategizing* estiveram inter-relacionados durante a crise organizacional. Além da situação citada acima, esta relação de influência mútua entre ambos os processos foi considerada a partir das situações descritas a seguir.

No período antecedente à crise, as ações iniciais de preparação decorrentes do reconhecimento dos sinais de alerta também foram caracterizadas como as primeiras *práxis*

do processo de *strategizing* durante a crise, caracterizadas pela realização das práticas estratégicas de treinamento de funcionários e na criação do comitê da gripe (WHITTINGTON, 2002a, 2006; JARZABKOWSKI, 2003, 2005). Percebe-se assim que naquele momento inicial as ações realizadas serviram simultaneamente para a construção de ambos os processos, inclusive ao se considerar que os profissionais que agiram inicialmente, e que constituíram o comitê da gripe do HC foram praticantes da estratégia (WHITTINGTON, 2002a; JARZABKOWSKI, 2005) e *sensemakers* (construtores de sentidos) (WEICK, 1995).

A interrelação entre *sensemaking* e *strategizing* também pode ser observada quando foram realizadas reuniões, assembleias e treinamentos durante a crise. As interações sociais realizadas nestes momentos, entre diversos profissionais e funcionários, consolidaram um processo de *strategizing* interativo, no qual as interações e a comunicação propiciaram a construção do processo de fazer a estratégia. A análise dos dados apontou para a relevância das reuniões (sobretudo as do comitê da gripe), das assembleias abertas a todos os funcionários e dos treinamentos realizados para orientar, informar e capacitar os funcionários sobre como agir durante a pandemia. Foi nestas reuniões e treinamentos que, por meio da comunicação, argumentação e interação, o processo de *sensemaking* foi sendo construído durante a crise. Os sentidos sobre o que estava acontecendo foram construídos socialmente nestes momentos de interação social face-a-face, de discussão e de orientação. Houve neste caso, uma interdependência entre os processos de *sensemaking* e *strategizing*. Pode-se considerar que a estratégia foi sendo realizada, principalmente quanto ao *strategizing* interativo, por meio do processo de *sensemaking* realizado nas situações de interação social. A interação e a argumentação, fundamentais para a construção social dos sentidos plausíveis, também foram, simultaneamente, modos de mobilização dos praticantes na realização das práticas e das atividades estratégicas.

Portanto, a principal conclusão deste estudo foi perceber que, durante este processo de crise organizacional, o processo de *strategizing* realizou-se por meio de processos de *sensemaking*, como também, o processo de *sensemaking* foi influenciado pelas atividades e práticas do processo de *strategizing*. Contudo, outras pesquisas são necessárias para aprofundar a compreensão sobre processos de *sensemaking* e *strategizing* em situações de crise. Assim sendo, seguem-se algumas considerações quanto às possibilidades de realização de pesquisas futuras.

Em primeiro lugar, sugere-se a realização de outras pesquisas que utilizem a abordagem da estratégia como prática na análise de crises organizacionais. Considera-se que o

estudo de caso realizado indicou a relevância da compreensão do processo de *strategizing* durante a crise, para explorar esta relação novas pesquisas podem aprofundar esta reflexão considerando outros tipos de crise organizacional. Na análise do processo de *strategizing* durante a crise, sugere-se também uma ênfase na análise das dinâmicas entre as dimensões micro (intra-organizacional) e macro (extra-organizacional) da estratégia. No caso estudado foi observado que as ações da OMS, do Ministério da Saúde e das secretarias estadual e municipal (macro) influenciaram as escolhas estratégicas do HC e conseqüentemente o desenvolvimento das atividades e práticas dos profissionais e funcionários do HC (micro), quanto aos procedimentos a serem adotados durante a pandemia de gripe A. Importante citar que estas observações não foram analisadas em profundidade na presente pesquisa, em função do delineamento metodológico e do nível de análise da mesma. Assim sendo, outras pesquisas, inclusive sobre o mesmo caso estudado, poderiam investigar a influência de fatores macro no processo de *strategizing* durante a crise.

Sugere-se ainda a realização de mais pesquisas no contexto brasileiro sobre o processo de *sensemaking* durante crises organizacionais, considerando a influência deste no desenvolvimento do processo de crise. Acredita-se que podem ser realizadas novas pesquisas que adotem uma perspectiva processual da crise organizacional, e que, analisem os processos de *sensemaking* na fase antecedente da crise. Neste sentido, pode-se ainda realizar pesquisas que analisem os processos de percepção de risco sob a perspectiva do *sensemaking*. Entende-se que esta reflexão pode auxiliar na compreensão de aspectos sociais e psicológicos, relacionados à fase inicial de detecção de sinais antecedentes de risco e de vulnerabilidade da organização, contribuindo assim para realização de práticas de prevenção e de preparação diante de possíveis crises organizacionais.

Além da investigação sobre o período antecedente à fase aguda da crise, outras pesquisas sobre o processo de *sensemaking* durante a crise podem contribuir para uma reflexão sobre os modelos de gestão de crises organizacionais. A preparação e a gestão de crises muitas vezes enfatizam a antecipação de possíveis crises que possam acometer determinada organização, sendo elaborados planos de ação e contingências a serem realizados na ocorrência da crise prevista. Análises voltadas ao processo de *sensemaking* sugerem que a atenção esteja focada na detecção e interpretação dos sinais da crise, mais do que no planejamento prévio de ações a serem realizadas após a ruptura da crise. Ou seja, para uma efetiva gestão de crises, seria mais eficiente a identificação e interpretação coerente dos sinais específicos da crise (sinais de alerta e de vulnerabilidade), do que a realização de planos

gerais de gestão de crise, que podem, inclusive, influenciar negativamente no processo de *sensemaking* durante a crise, no sentido de “engessar” a seleção destes sinais da crise. Assim sendo, sugere-se a realização de pesquisas empíricas que analisem as relações entre o processo de *sensemaking* na detecção dos sinais que antecedem à crise.

A partir da pesquisa realizada também observou-se a necessidade de melhor compreender a influência de relações hierárquicas e de poder no processo de *sensemaking*. Considerando a importância da plausibilidade para a construção dos sentidos, acredita-se que seja relevante a realização de pesquisas específicas sobre a influência das relações de poder na definição do que se considera como plausível ou não em determinado contexto. Ainda que o *sensemaking* seja um processo social, construído a partir da interação de diversas pessoas, cabe uma análise mais aprofundada de como as relações de poder entre estas pessoas interferem no desenvolvimento de sentidos plausíveis sobre as situações vivenciadas. Caberia investigar como indivíduos em diferentes posições hierárquicas ou com maior ou menor poder informal podem influenciar o processo de *sensemaking*. Outra investigação interessante seria observar se os *sensemakers* adquirem poder ao longo do processo. Deste modo, seria possível considerar os aspectos políticos do processo de *sensemaking*.

Ainda com relação ao processo de *sensemaking*, sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas que considerem a influência das emoções e dos sentimentos na construção de sentidos. Os resultados da presente pesquisa indicaram que as vivências de medo e de pânico foram importantes no processo de *sensemaking* realizado socialmente durante a crise. Estas observações sugerem que são necessárias mais pesquisas que investiguem as relações entre *sensemaking* e as emoções e sentimentos das pessoas envolvidas no processo.

Por fim, sugere-se ainda que sejam realizadas outras pesquisas que considerem as inter-relações entre os processos de *sensemaking* e de *strategizing*. Esta pesquisa apontou relações fortes de mútua influência entre ambos, principalmente nos processos de *strategizing* interativo, focado nas interações sociais ocorridas durante o trabalho de fazer a estratégia. Tais pesquisas poderiam ser realizadas em diferentes contextos organizacionais, considerando tanto o *strategizing* como um processo de *sensemaking*, quanto a influência do *strategizing* sobre os processos de *sensemaking* realizados nas organizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBOLINO, S.; COOK, R.; O'CONNOR, M. Sensemaking, safety, and cooperative work in the intensive care unit. **Cogn Tech Work**, v.9, p.131-137, 2007.
- ALVES, J. E. P. Comunicação de risco, elemento-chave na gestão de crises corporativas e um desafio para o século XXI: a teoria na prática, situação atual e tendências. **Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**, ano 4, n. 6, p. 87-99, 2007.
- BALOGUN, J.; JOHNSON, G. Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking. **Academy of Management Journal**, v. 47, n. 4, p. 523-549, 2004.
- BANDEIRA-DE-MELLO, R.; CUNHA, C. J. C. A. Administrando o Risco: uma Teoria Substantiva da Adaptação Estratégica de Pequenas Empresas a Ambientes Turbulentos e com Forte Influência Governamental. **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, v. 8, edição especial, p. 157-179, 2004.
- BARBIZAN, C.; ROCHA, L.; AKEMY, P.; PORÉM, M. Reflexões sobre gestão de crises em empresas: o caso Ajax. In: **Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Curitiba: INTERCOM, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 2004.
- BATISTA, L. L. A comunicação de riscos no mundo corporativo e o conteúdo da mensagem. **Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**, ano 4, n. 6, p. 101-113, 2007.
- BAUMGARTEN, M. Z.; CRUZ, J. B.; PEREIRA, M. F. A mudança estratégica em uma empresa em crise: o caso da Nintendo Co. In: **Anais do Encontro da ANPAD – EnANPAD**. São Paulo: ANPAD, 2009.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BOUDES, T.; LAROCHE, H. Taking off the Heat: Narrative Sensemaking in Post-Crisis Inquiry Reports. **Organization Studies**, v. 30, n. 4, p. 377-396, 2009.
- BURREL, G.; MORGAN, G. **Sociological Paradigms and Organizational Analysis**. London: Heineman, 1979.
- CHRISTIANSON, M. K.; FARKAS, M. T.; SUTELIFFE, K. M.; WEICK, K. E. Learning Through Rare Events: Significant Interruptions at the Baltimore & Ohio Railroad Museum. **Organization Science**, v. 20, n. 5, p. 846-860, 2009.
- CLEGG, S.; CARTER, C.; KORNBERGER, M. A “máquina estratégica”: fundamentos epistemológicos e desenvolvimentos em curso. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 21-31, 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CURADO, I. B. EAESP/FGV: Um Passeio pelo Labirinto. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 3, p. 8-24, 1994.

DAFT, R. L.; WEICK, K. E. Organizações como sistemas interpretativos: em busca de um modelo. In CALDAS, M.P.; BERTERO, C. O. **Teoria das Organizações**. São Paulo: Atlas, 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 4.ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1991.

DEJOURS, C. Contributions of the psychodynamic analysis of work situations to the study of organization crises. **Organization Environment**, v. 7, n. 2, p. 77-89, 1993.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Strategies of Qualitative Inquiry**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

FINK, S. **Crisis Management: Planning for the Inevitable**. New York: AMACON, 1986.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M. *Focus Group: instrumentalizando o seu planejamento*. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

GALINDO, F.; NOGUEIRA, H. G. P. O apagão aéreo no Brasil: o gerenciamento da crise e os efeitos sobre o relacionamento dos consumidores com as empresas aéreas. In: **Anais do Semead – Seminários em Administração**. São Paulo: FEA-USP, 2008.

GIOIA, D.; CHITTIPEDDI, K. Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. **Strategic Management Journal**, v. 12, n. 6, p. 433-448, 1991.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

HATCH, M. J.; YANON, C. Organization Theory as an Interpretive Science. In: TSOUKAS, H.; KNUDSEN, C. **The Oxford Handbook of Organization Theory**. New York: Oxford, 2003.

HEARIT, K. M.; COURTRIGHT J. L. A Social Constructionist approach to crises management: Allegations of Sudden Accelerations in the Audi 5000. **Communication Studies**, v. 54, n. 1, p. 79-95, 2003.

HOSPITAL DE CLÍNICAS (HC). Relatório de atividades do ano de 2009. Hospital de Clínicas, 2009.

HUTCHINS, H. M.; WANG, G. Organizational Crisis Management and Human Resource Development: A Review of the Literature and Implications to HRD Research and Practice. **Advances in Developing Human Resources**, v. 10, n. 3, p. 310-330, 2008.

JARZABKOWSKI, P. Strategic Practices: An Activity Theory Perspective on Continuity and Change. **Journal of Management Studies**, v. 40, n. 1, 2003.

JARZABKOWSKI, P. Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use. **Organization Studies**, v. 25, n. 4, p. 529-560, 2004.

JARZABKOWSKI, P. **Strategy as practice**. London: SAGE, 2005.

JARZABKOWSKI, P.; BALOGUN, J.; SEIDL, D. Strategizing: The challenges of a practice perspective. **Human Relations**, v. 60, n. 5, p. 5-27, 2007.

JARZABKOWSKI, P.; SPEE, A. P. Strategy-as-practice: A review and future directions for the field. **International Journal of Management Reviews**, v. 11, n. 1, p. 69-95, 2009.

JOHNSON, G.; MELIN, L.; WHITTINGTON, R. Micro Strategy and Strategizing: Towards an Activity-Based View. **Journal of Management Studies**, v. 40, n. 1, p. 3-22, 2003.

JOHNSON, G.; LANGLEY, A.; MELIN, L.; WHITTINGTON, R. **Strategy as Practice: Research Directions and Resources**. New York: Cambridge University Press, 2007.

KOVOOR-MISRA, S. A Multidimensional Approach to Crisis Preparation for Technical Organizations: Some Critical Factors. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 48, p. 143-160, 1995.

KOVOOR-MISRA, S.; CLAIR, J. A.; BETTENHAUSEN, K. L. Clarifying the Attributes of Organizational Crises. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 67, p. 77-91, 2001.

LAGADEC, P. A New Cosmology of Risks and Crisis: Time for a Radical Shift in Paradigm and Practice. **Review of Policy Research**, v. 26, n. 4, p. 473-485, 2009.

MAITLIS, S.; SONENSHEIN, S. Sensemaking in Crisis and Change: Inspiration and Insights From Weick (1988). **Journal of Management Studies**, v. 47, n. 3, p. 551-580, 2010.

MILLS, J. H. **Making Sense of Organizational Change**. New York: Routledge, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza**. 3ª versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Influenza Pandêmica (H1N1) 2009: Análise da Situação Epidemiológica e da Resposta no Ano de 2009. **Boletim Eletrônico Epidemiológico**, v. 10, n. 1, 2010.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela**

selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MITROFF, I. I. The Psychological Effects of Crises: Deny Denial-Grieve Before a Crisis Occurs. In: PEARSON, C. M.; ROUX-DUFORT, C.; CLAIR, J. A. (ed.). **International Handbook of Organizational Crisis Management**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

MITROFF, I. I.; ALPASLAN, M. Preparing for Evil. **Harvard Business Review**, p. 109-115, April, 2003.

MITROFF, I. I.; PAUCHANT, T.; FINNEY, M.; PEARSON, C. Do (some) organizations cause their own crises? The cultural profiles of crisis-prone vs. crisis-prepared organizations. **Organization Environment**, v. 3, n. 4, p. 269-283, 1989.

MITROFF, I. I.; PEARSON, C.; PAUCHANT, T. Crisis Management and Strategic Management: Similarities, Differences and Challenges. In: SHRIVASTAVA, P.; HUFF, A.; DUTTON, J. (ed.). **Advances in Strategic Management**. Vol. 8. London: Jai Press, 1992.

MONTENEGRO, L. M.; BULGACOV, Y. L. M. Construção de Sentidos em Práticas de um Processo Estratégico: um estudo comparativo em duas IES do estado do Paraná. In: **Anais do Encontro da ANPAD – EnANPAD**. São Paulo: ANPAD, 2009.

MORGAN, G. Paradigmas, metáforas e resolução de quebra-cabeças na teoria das organizações. In CALDAS, M. P.; BERTERO, M. **Teoria das Organizações**. São Paulo: Atlas, 2007.

NEUMANN, G.; NODA, T.; KAWAOKA, Y. Emergence and pandemic potential of swine-origin H1N1 influenza vírus. **Nature**, v. 459, n.7249, p. 931-939, 2009.

OLIVEIRA, M. F. O papel essencial das Relações Públicas no gerenciamento de crises. **Organicom – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**, ano 4, n. 6, p. 161-173, 2007.

PATRIOTTA, G.; SPEDALE, S. Making Sense Through Face: Identity and Social Interaction in a Consultancy Task Force. **Organization Studies**, v. 30, n. 11, p. 1227-1248, 2009.

PAUCHANT, T. C.; DOUVILLE, R. Recent reaserch in crisis management: a study of 24 authors' publications from 1986 to 1991. **Organization Environment**, v. 7, n. 1, p. 43-66, 1993.

PAUCHANT, T. C.; MITROFF, I. I. Crisis Prone Versus Avoiding Organizational Is your company's culture its own worst enemy in creating crises? **Organization Environment**, v. 2, p. 53-63, 1988.

PAUCHANT, T. C.; MITROFF, I. I.; LAGADEC, P. Toward a systemic crisis management strategy: learning from the best examples in the US, Canada and France. **Organization Environment**, v. 5, n. 3, p. 209-232, 1991.

PEARSON, C. M.; CLAIR, J. A. Reframing Crises Management. **Academy of Management Review**, v. 23, n. 1, p. 59-76, 1998.

PEARSON, C. M.; ROUX-DUFORT, C.; CLAIR, J. A. Introduction. In: PEARSON, C. M.; ROUX-DUFORT, C.; CLAIR, J. A. (ed.). **International Handbook of Organizational Crisis Management**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

PERROW, C. **Normal Accidents**: Living with High-Risk Technologies. Princeton: Princeton University Press, 1999.

PREBLE, J. F. Integrating the crisis management perspective into the strategic management process. **Journal of Management Studies**, v. 34, n. 5, p. 769-791, 1997.

QUARANTELLI, E. L. Disaster Crises Management: A Summary of Research Findings. **Journal of Management Studies**, v.25, n.4, p. 373-385, 1988.

RECKWITZ, A. Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing. **European Journal of Social Theory**. v.5, n.2, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBERTS, K. H.; MADSEN, P.; DESAI, V. Organizational Sensemaking During Crisis. In: PEARSON, C. M.; ROUX-DUFORT, C.; CLAIR, J. A. (ed.). **International Handbook of Organizational Crisis Management**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

ROULEAU, L. Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day. **Journal of Management Studies**, v. 42, n. 7, p. 1413-1441, 2005.

ROUX-DUFORT, C. A Passion for Imperfections – Revisiting Crisis Management. In: PEARSON, C.; ROUX-DUFORT, C.; CLAIR, J. (ed.). **International Handbook of Organizational Crisis Management**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007a.

ROUX-DUFORT, C. Is Crises Management (Only) a Management of Exceptions? **Journal of Contingencies and Crises Management**, v. 15, n. 2, p. 106-114, 2007b.

ROUX-DUFORT, C. The Devil Lies in Details! How Crisis Build up Within Organizations. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 17, n. 1, p. 4-11, 2009.

SALINAS, A. V. Crises Organizacionais são uma Questão de Ciclos?: Notas Críticas e Reflexões sobre o Campo da Gestão de Crises. In: **Anais do Encontro da ANPAD – EnANPAD**. Campinas: ANPAD, 2001.

SALOMON, R.; WEBSTER, R. G. The Influenza Vírus Enigma. **Cell**, v. 136, p. 402-410, 2009.

SANTANA, G. G. Administração de crises – questões teóricas e aplicabilidade na indústria turística. **Turismo – Visão e Ação**. v. 1, n. 1, p. 31-44, 1998.

SANTANA, G. G. Administração de crises: um novo paradigma. In: **Anais do Encontro da ANPAD – EnANPAD**. Florianópolis: ANPAD, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS. **Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 em Curitiba**. Boletim Epidemiológico de Curitiba, ano 20, edição especial, 2009.

SHINYASHIKI, R. T. **A influência da auto-eficácia dos gestores na administração de crises**. Tese de Doutorado em Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

SHRIVASTAVA, P.; MITROFF, I. I.; MILLER, D.; MIGLANI, A. Understanding Industrial Crises. **Journal of Management Studies**, v. 25, n. 4, p. 285-303, 1988.

SOARES, V. D.; CARVALHO, C. S.; ROSA, H. A. Gerenciamento de Contingências Organizacionais Críticas: Um Estudo junto às Empresas Coureiro-Calçadistas Exportadoras do Vale dos Sinos. In: **Anais do XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Rio de Janeiro: INTERCOM, 2005.

STAKE, R. E. Qualitative Case Studies. In DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage Handbook Qualitative Research**. 3.ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

STENSAKER, I.; FALKENBERG, J.; GRONHAUG, K. Implementation Activities and Organizational Sensemaking. **The Journal of Applied Behavioral Science**, v. 44, n. 2, p. 162-185, 2008.

THORSON, A.; EKDAHL, K. Avian influenza – Is the world on the verge of a pandemic? ...and can it be stopped? **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 13, n. 1, p. 21-28, 2005.

TURNER, B. A. The Organization and Interorganization Development of Disasters. **Administrative Science Quarterly**, v. 21, p. 378-397, 1976.

VAN DE VEN, A. H.; POOLE, M. S. Alternative Approaches for Studying Organizational Change. **Organization Studies**, v. 26, n. 9, p. 1377-1407, 2005.

VERGARA, S. C.; CALDAS, M. P. Paradigma interpretacionista: a busca da superação do objetivismo funcionalista nos anos 1980 e 1990. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 4, p. 66-72, 2005.

WEICK, K. E. **A Psicologia Social da Organização**. São Paulo: Edgar Blucher: EDUSP, 1973.

WEICK, K. E. **The Social Psychology of Organizing**. 2.ed. Addison-Wesley Publishing, 1979.

WEICK, K. E. Enacted Sensemaking in Crisis Situation. **Journal of Management Studies**, v. 25, n. 4, 1988.

WEICK, K. E. The Vulnerable System: An Analyses of the Tenerife Air Disaster. **Journal of Management**, v. 16, n. 3, p. 571-593, 1990.

WEICK, K. E. The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster. **Administrative Science Quarterly**, v. 38, n. 4, p. 628-652, 1993.

WEICK, K. E. **Sensemaking in Organizations**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.

WEICK, K. E. **Making Sense of the Organization**. Blackwell, 2001.

WEICK, K. E. Foresights of Failure: An Appreciation of Barry Turner. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 6, n. 2, p. 72-75, 1998.

WEICK, K. E. Managing the Unexpected: Complexity as Distributed Sensemaking. In: McDANIEL, R. R. Jr.; DRIEBE, D. J. **Uncertainty and Surprise in Complex Systems**. Heidelberg: Springer, 2005.

WEICK, K. E. Faith, Evidence, and Action: Better Guesses in an Unknowable World. **Organization Studies**, v. 27, n. 11, p. 1723-1736, 2006.

WEICK, K. E. Reflections on Enacted Sensemaking in the Bhopal Disaster. **Journal of Management Studies**, v. 43, n. 3, p. 537-550, 2010.

WEICK, K. E.; ROBERTS, K. H. Collective Mind in Organizations. Heedful Interrelating on Flight Decks. **Administrative Science Quarterly**, v. 38, p. 357-381, 1993.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M. **Managing the Unexpected**: assuring high performance in an age of complexity. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M.; OBSTFELD, D. Organizing and the Process of Sensemaking. **Organization Science**, v. 16, n. 4, p. 409-421, 2005.

WHITTINGTON, R. Strategy as Practice. **Long Range Planning**, v. 29, n. 5, p. 731-735, 1996.

WHITTINGTON, R. Practice Perspectives on Strategy: Unifying and Developing a Field. In **Best Paper Proceedings Academy of Management**, Denver, 2002a.

WHITTINGTON, R. The work of strategizing and organizing: for a practice perspective. **Strategic Organization**, v. 1, n. 1, p. 119-127, 2002b.

WHITTINGTON, R. **O que é estratégia?** São Paulo: Pioneira, 2002c.

WHITTINGTON, R. Estratégia após o modernismo: recuperando a prática. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 44-53, 2004.

WHITTINGTON, R. Completing the Practice Turn in Strategy Research. **Organization Studies**, v. 27, n. 5, p. 613-634, 2006.

WHITTINGTON, R. Strategy Practice and Strategy Process: Family Differences and the Sociological Eye. **Organization Studies**, v. 28, n. 10, p. 1575-1586, 2007.

WILSON, E; JARZABKOWSKI, P. Pensando e agindo estrategicamente: novos desafios para

análise estratégica. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, 2004.

WOOD, T.; CURADO, I. B.; CAMPOS, H. M. Vencendo a Crise: Mudança Organizacional na Rhodia Farma. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 5, p. 62-79, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Alert and Responses** – Influenza-like illness in the United States and México. 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/>. Acesso em: 28 out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Alert and Responses** – Influenza A(H1N1) – update 22. 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2009_05_08a/en/>. Acesso em: 28 out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World now at the start of 2009 influenza pandemic**. 2009c. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/en/index.html>. Acesso em: 28 out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **WHO Pandemic Phase Descriptions and Main Actions by Phase**, 2010a. Disponível em: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic_phase_descriptions_and_actions.pdf>. Acesso em: 28 out. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Alert and Responses** – Pandemic (H1N1) 2009 – update 82. 2010b. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2010_01_08/en/>. Acesso em: 28 out. 2010.

YIN, R. K. The Case Study Crisis: Some Answers. **Administrative Science Quarterly**, v. 26, march, 1981.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

Nome e Cargo.

1. Quanto tempo trabalha no HC? E neste cargo?

2. Papel do cargo da pessoa dentro do HC.

- principais problemas e dificuldades durante a pandemia de H1N1
- ações e prática realizadas para enfrentamento da situação

3. Vivência da situação (pessoal)

- Como foi para você vivenciar esta situação.
- Primeiros momentos: o que vc pensou, sentiu ou fez.

4. Interpretações sobre a situação.

- Como foi este processo de construção desta interpretação da pandemia
- Principais influências nesta interpretação.

5. Pensando no HC como um todo

- Que atores (pessoas ou setores) que tiveram um papel estratégico nesta situação. Por que você considera como estratégicos?
- Práticas que foram estratégicas durante a pandemia de gripe H1N1.
- Práticas e ações importantes para o enfrentamento desta situação

6. O HC antes e depois da pandemia

- mudou alguma coisa? o quê?

7. Palavras que caracterizam/definem esta situação vivenciada.