

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

THAIS XAVIER VALENTE DE CARVALHO ABRANTES

RACIONALIDADE E IMPROVISAÇÃO NAS PRÁTICAS  
CLÍNICAS EM HOSPITAIS

VITÓRIA  
2020

THAIS XAVIER VALENTE DE CARVALHO ABRANTES

**RACIONALIDADE E IMPROVISÇÃO NAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM  
HOSPITAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Lucilaine Pascuci

Coorientador: Prof. Dr. Victor Meyer Jr.<sup>1</sup>

VITÓRIA

2020

---

<sup>1</sup> Registra-se agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo 429751/2018-4, pelo suporte recebido pelo pesquisador durante o desenvolvimento deste estudo.

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

A158r ABRANTES, THAIS XAVIER VALENTE DE CARVALHO,  
1987-  
RACIONALIDADE E IMPROVISACÃO NAS PRÁTICAS  
CLÍNICAS EM HOSPITAIS. / THAIS XAVIER VALENTE  
DE CARVALHO ABRANTES. - 2020.  
102 f. : il.

Orientadora: Lucilaine Maria Pascuci.

Coorientador: Victor Meyer Junior.

Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e  
Econômicas.

1. Administração. 2. Hospitais - Administração. 3. Hospitais -  
Equipe Médica. 4. Hospitais - Serviços de Emergência. 5.  
Complexidade Organizacional. 6. Improvisação Organizacional. I.  
Pascuci, Lucilaine Maria. II. Meyer Junior, Victor. III.  
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências  
Jurídicas e Econômicas. IV. Título.

CDU: 65

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

---

**RACIONALIDADE E IMPROVISAÇÃO NAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM  
HOSPITAIS**

**THAIS XAVIER VALENTE DE CARVALHO**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Administração da Universidade  
Federal do Espírito Santo como requisito  
parcial para obtenção do Grau de Mestre em  
Administração.

**Aprovado em: 27/05/2020**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Profa. Dra. Lucilaine Maria Pascuci  
Orientadora**

**Prof. Dr. Victor Meyer Jr.  
Coorientador – PUCPR**

**Profa. Dra. Teresa Cristina Janes Carneiro  
Membro interno – PPGADM/UFES**

**Profa. Dra. Maria da Graça Câmara Batista  
Membro externo - Universidade dos Açores/Portugal**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por, nesses anos de muito estudo e empenho, mostrar-me que qualquer dificuldade é pequena quando comparada ao seu amor e imensidão.

Agradeço, também, a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização deste sonho. Aos meus pais, por, juntos, me darem a oportunidade da vida. A Minha mãe, Fátima, por ser sempre tão forte e entusiasmada, por me ensinar a enxergar problemas como desafios. Ao meu pai, Rubens, por ser parceiro, pelos ensinamentos budistas, por prezar pela paz e equilíbrio. À minha irmã, Tamires, pela amizade e companheirismo. Ao meu esposo, Erisberto, por ser tão compreensivo e generoso, sempre acreditando no meu potencial e comemorando minhas vitórias.

Gratidão aos que me inspiraram a buscar por este sonho, em especial, a Profa. Dra. Elizabete Regina Araújo de Oliveira, do Departamento de Enfermagem desta Universidade, que me acompanha desde a graduação e me incentivou a investir na trajetória acadêmica, assim como meus amigos Renata Vicente e Vinícius Nunes, fundamentais para que eu pudesse ingressar no mestrado.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Lucilaine Maria Pascuci, cujos estudos sobre as organizações complexas inspiraram minhas escolhas. Agradeço, ainda, por tanto empenho no meu desenvolvimento, compartilhando conhecimentos e se mostrando sempre compreensiva diante das minhas dificuldades.

Ao Prof. Dr. Victor Meyer Júnior, meu coorientador, pelo carinho, estímulo e compartilhamento de conhecimentos tão profundos e valiosos sobre a improvisação organizacional. Em especial, agradeço por se empolgar a cada achado da minha pesquisa e a cada nova constatação, tornando a trajetória mais prazerosa.

Aos amigos da turma de mestrado 2018/1, que dividiram comigo anseios e dificuldades, formando uma grande rede de apoio mútuo. Agradecimento especial a Felipe Reinaldo, que me cativou pelo sotaque nordestino que se tornou um grande amigo.

Agradeço, ainda, aos amigos do Grupo de Pesquisa Estratégia e Complexidade Organizacional. Nossos temas são complexos, literalmente, mas a união e compartilhamento de saberes facilitou a fluidez desse processo. Agradecimento especial a Antônio Augusto, meu amigo de todas as horas, um grande presente dessa jornada.

A Tatiana Furtado, minha parceira profissional e grande amiga, que sempre me apoia e me impulsiona a ser minha melhor versão. Trabalhar ao lado de uma amiga que é fonte de inspiração foi, com certeza, minha sorte na vida.

À SOFTH – Serviços Médico-Hospitalares em Oftalmologia, empresa que me permite desempenhar minha profissão com amor e entusiasmo. Em especial, à minha diretora, Daniela Póvoa, que sempre contribuiu com os estímulos necessários para o meu desenvolvimento, com flexibilidade e compreensão durante o período do mestrado.

Aos membros da banca de Qualificação, Profa. Dra. Teresa Cristina Carneiro e Prof. Dr. Luiz Alberto Sobral Vieira Junior, pela contribuição para o desenvolvimento da

Pesquisa. E aos membros da banca de Defesa Profa. Dra. Teresa Cristina Carneiro, Prof. Dr. Marcos Paulo Valadares de Oliveira e a Dra. Maria da Graça Câmara Batista.

Agradeço também aos hospitais investigados, que permitiram a realização dessa pesquisa e aos participantes pela transparência e cordialidade.

O sentimento é de profunda gratidão.

Não posso lhe dar um mapa, só posso lhe dar  
uma grande paixão por descobrir.

Osho

## RESUMO

Na busca pela melhoria da qualidade dos serviços e desempenho organizacional, hospitais têm adotado protocolos clínicos de forma a sistematizar a assistência e reduzir sua variabilidade em suas práticas profissionais. Todavia, as premissas racionais implícitas nos protocolos se contrapõem à imprevisibilidade inerente ao serviço hospitalar e, em especial, à prática clínica. Nesta é comum que profissionais especialistas – respaldados pela autonomia que a especialização lhes confere – façam uso de mecanismos alternativos e informais, particularmente a ou seja, da improvisação - para lidar com o imprevisto e surpresas decorrentes dos diferentes desdobramentos do quadro clínico do paciente. Este estudo examinou como o corpo clínico concilia racionalidade e improvisação nas práticas clínicas. A base teórica do estudo se fundamentou na abordagem da sistemas adaptativos complexos, racionalidade e improvisação organizacionais e *sensemaking*. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva e explicativa que teve como campo empírico dois hospitais filantrópicos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas etnográficas, análise documental e observação não participante, pela pesquisadora, como profissional da enfermagem. Os dados foram analisados por meio de análise de narrativas, realizada com base no significado. Para a identificação dos significados foi realizada a definição de categorias. A análise revelou a existência de diferentes níveis de racionalidade decorrentes do uso de protocolos nas práticas clínicas em ambos os hospitais. Constatou-se que, embora relevantes, as práticas clínicas orientadas por protocolos não se mostraram suficientes diante do desdobramento em determinadas situações em decorrência do desdobramento do quadro clínico dos pacientes. Destacou-se, neste contexto, a importância de práticas improvisacionais emergentes de parte de médicos e enfermeiros como essenciais para o sucesso da intervenção da equipe solucionando problemas imprevistos. A principal conclusão do estudo revela que a eficácia das práticas clínicas no atendimento aos pacientes depende da integração de procedimentos alinhados aos protocolos que proporcionam segurança e confiabilidade profissional, juntamente com práticas improvisacionais que surgem em situações emergenciais em que a experiência e sensibilidade do profissional se fazem presentes. Assim, o entendimento da importância destas duas vertentes torna-se estratégica para a gestão das práticas clínicas e melhoria contínua dos serviços hospitalares prestados.

**Palavras-chave:** Sistemas adaptativos complexos. Racionalidade e Improvisação organizacionais. Protocolos clínicos. Práticas clínicas. Improvisação clínica. *Sensemaking*.

## ABSTRACT

In the quest to improve the quality of services and organizational performance, hospitals adopt clinical protocols in order to systematize care and reduce its variability in their professional practices. However, as rational assumptions implicit in the protocols, they are opposed to the unpredictability inherent in hospital service and, in particular, to clinical practice. In this section, it is common for specialized professionals - to respect the specialization skills conferred - to make use of alternative mechanisms and information, specifically, that is, improvisation - to deal with unforeseen events and surprises during the disorder tests of the patient's clinical condition. This study examines how the clinical staff reconciles rationality and improvisation in clinical practices. The theoretical basis of the study is based on the approach of complex adaptive systems, rationality and organizational improvisation and sensemaking. A qualitative, descriptive and explanatory study had two philanthropic hospitals as an empirical field. The data were collected through ethnographic interviews, document analysis and non-participant observation, by the researcher, as a nursing professional. The data were analyzed through narrative analysis, carried out based on meaning. For the identification of meanings, categories were defined. The analysis revealed the existence of different levels of rationality applicable to the use of protocols in clinical practices in both hospitals. It was found that, although relevant, as clinical practices guided by protocols that are not allowed in view of the unfolding in situations where the clinical picture of patients has unfolded. In this context, he highlighted the importance of improvised practices emerging from doctors and nurses as essential for the success of the team's intervention to solve unforeseen problems. The main conclusion of the study reveals that the practice of clinical practices in patient care depends on the integration of procedures aligned with the protocols that provide safety and professional use, practices with improvisations that arise in emergencies where experience and professional use are present. Thus, understanding the importance of these two aspects becomes strategic for the management of clinical practices and continuous improvement of hospital services provided.

**Keywords:** Complex adaptive systems. Organizational Rationality and Improvisation. Clinical protocols. Clinical practices. Clinical improvisation. Sensemaking.

## SIGLAS

CTI	Centro de Terapia Intensiva
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
MS	Ministério da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar
Proadi	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional
SAC	Sistemas Adaptativos Complexos
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
U&E	Urgência e Emergência
VAC	<i>Vacuum-Assited Closure</i>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia de improvisação .....	24
Quadro 2 – Constructos relativos à improvisação organizacional .....	25
Quadro 3 – Categorias analíticas .....	32
Quadro 4 – Outros termos relevantes .....	32
Quadro 5 – Características dos hospitais investigados .....	35
Quadro 6 – Codificação dos entrevistados por hospital .....	37
Quadro 7 – Diferenças na racionalidade da gestão da prática clínica de H1 e H2....	52
Quadro 8 – Convergências e divergências nas práticas de improvisação dos Hospitais H1 e H2 .....	70
Quadro 9 – Tipologias de improvisação nos Hospitais investigados .....	72

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	16
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA .....	16
1.3 JUSTIFICATIVA .....	17
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	19
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>20</b>
2.1 HOSPITAIS E SUAS ESPECIFICIDADES .....	20
2.2 PROTOCOLOS NA GESTÃO HOSPITALAR.....	22
2.3 IMPROVISACÃO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	23
<b>2.3.1 Improvisação no ambiente hospitalar</b> .....	<b>27</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>31</b>
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	31
<b>3.1.1 Perguntas de pesquisa</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1.2 Definição das categorias analíticas e termos relevantes</b> .....	<b>31</b>
3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	33
<b>3.2.1 Casos estudados</b> .....	<b>34</b>
<b>3.2.2 Coleta dos dados</b> .....	<b>36</b>
<b>3.2.3 Tratamento e análise dos dados</b> .....	<b>40</b>
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>43</b>
4.1 PRÁTICAS RACIONAIS NOS HOSPITAIS INVESTIGADOS .....	43
<b>4.1.1 Práticas racionais no Hospital H1</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1.2 Práticas racionais no Hospital H2</b> .....	<b>47</b>
<b>4.1.3 Análise comparativa das práticas racionais de H1 e H2</b> .....	<b>49</b>
4.2 IMPROVISACÕES NA PRÁTICA CLÍNICA.....	53
<b>4.2.1 Improvisações no Hospital H1</b> .....	<b>53</b>
<b>4.2.2 Improvisações no Hospital H2</b> .....	<b>60</b>
<b>4.2.3 Análise comparativa das práticas improvisacionais do H1 e H2</b> .....	<b>66</b>

4.3 RELAÇÃO ENTRE E RACIONALIDADE E IMPROVISAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA .....	74
<b>5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>85</b>
5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA.....	85
5.2 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS.....	89
5.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	90
5.4 SUGESTÃO DE ESTUDOS FUTUROS.....	91
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE E .....</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Hospitais são organizações complexas, ambíguas e paradoxais, que concentram atividades em serviços de promoção à saúde e, por isso, desempenham importante papel social (MEYER; PASCUCI; MAMÉDIO, 2016). Diante de crescentes desafios, as organizações hospitalares têm sido, nas últimas décadas, impulsionadas a adotar abordagens gerenciais, metodologias e tecnologias que aumentem a sua eficiência, qualidade e confiabilidade de seus serviços (OLIVEIRA; MEYER; PASCUCI, 2018). Assim, hospitais vêm desenvolvendo práticas gerenciais visando elevar sua efetividade clínica e seu desempenho organizacional (GOMES et al., 2015). Dentre essas práticas, têm sido incorporadas à gestão hospitalar as seguintes: Planejamento Estratégico, *Balanced Scorecard*, Gestão da Qualidade – por meio da *International Organization for Standardization* (ISO), todas oriundas da gestão empresarial (PASCUCI; MEYER, 2013). Trata-se de práticas que se encontram voltadas, essencialmente, ao planejamento, comando e controle (MORGAN, 1996). Em paralelo às práticas gerenciais importadas do mercado, os hospitais também têm desenvolvido outras específicas ao seu contexto, como é o caso dos protocolos clínicos (GOMES et al., 2015).

Os protocolos clínicos correspondem a métodos de controle desenvolvidos especificamente para a saúde, destacando-se como o principal instrumento de gestão das práticas assistenciais (VICTOR; MARCO, 2004). Geralmente, são desenvolvidos no intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde no processo de decisão acerca do manejo clínico, reduzindo, assim, a variabilidade da assistência (WHO, 2008). O uso de protocolos na assistência ao paciente tem sido estimulado, em especial, pelas certificações hospitalares (BATISTA et al., 2016). No entanto, há controvérsias relacionadas ao assunto, especialmente quanto ao uso não crítico dos protocolos clínicos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009), devendo-se considerar tanto a limitação da racionalidade humana (SIMON, 1955) quanto as especificidades do contexto hospitalar.

Em relação às especificidades dos hospitais, é preciso reconhecer que estes são complexos por natureza (ETZIONI, 1961), compostos por uma multiplicidade e pluralidade de profissionais, os quais interagem de maneira autônoma, dinâmica e,

muitas vezes, interdependente (MCDANIEL, 2007), somadas à imprevisibilidade, à incerteza e à não linearidade do contexto organizacional (CHAFFEE; MCNEILL, 2007), essas especificidades contribuem para que hospitais sejam caracterizados como Sistemas Adaptativos Complexos (SAC) (STACEY, 1996; CHAFFEE; MCNEILL, 2007). As características de SAC's fazem com que, no contexto hospitalar, surjam situações que fogem as premissas de controle e planejamento. Diante disso, a habilidade do profissional especialista torna-se essencial para atuar com os diferentes desdobramentos do quadro clínico dos pacientes (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

A complexidade presente nas organizações hospitalares e no tratamento de cada paciente exige do corpo clínico<sup>2</sup> conhecimento, habilidade e autonomia profissional (MINTZBERG, 2003) para atuar com competência e eficácia diante dos desafios encontrados nesse contexto. É comum, ainda, que profissionais da saúde façam uso da experiência, da criatividade, do *sensemaking*, nos termos de Daft e Weick (1984), e da improvisação (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013; CUNHA; MINER; ANTONACOPOULOU, 2017) para lidar com a complexidade da prática clínica. Nesse sentido, assume-se que a improvisação organizacional se apresenta como imprescindível para garantir a resolutividade necessária diante do imprevisto no atendimento ao paciente e da dinamicidade dos hospitais como SAC's que são (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

Improvisação organizacional refere-se a um ato essencialmente interpretativo e de natureza social que ocorre no ambiente organizacional (WEICK, 1993) em resposta ao inesperado (WEICK, 1993; 1998). Assim, a improvisação surge espontaneamente, sendo carregada de significados, conhecimento, experiência e concepções, podendo caracterizar-se como fenômeno individual ou coletivo (CUNHA, CUNHA, KAMOCHE, 1999).

Em estudo específico sobre as características de SAC's em hospitais, McKenna, Leykum e McDaniel (2013) referem-se à improvisação clínica como a capacidade de

---

<sup>2</sup> Corpo clínico, para efeitos deste estudo, refere-se à equipe médica e de enfermagem.

os profissionais de saúde utilizarem conhecimento, experiência e intuição para solucionar problemas imprevistos diante do quadro clínico dos pacientes.

Todavia, como a improvisação não é algo planejado e, portanto, não tem resultado conhecido (LEONE, 2010), pode ser bem ou malsucedida. Por isto a improvisação também pode se manifestar de modo sombrio e capaz de gerar problemas e desastres, em especial quando relacionada à busca de interesses próprios, em que indivíduos assumem riscos e camuflam os desvios intencionais em relação às normas e padrões estabelecidos pela organização (GIUSTINIANO; CUNHA; CLEGG, 2016).

Na organização hospitalar, observa-se um conflito entre racionalidade e improvisação na prática clínica (BATISTA et al., 2016). Por um lado, tem-se a necessidade de regras e de padronizações por parte dos gestores – representadas, neste estudo, por protocolos clínicos. Por outro, tem-se a imprevisibilidade, a incerteza e a não linearidade, intrínsecas ao contexto hospitalar, as quais demandam autonomia profissional (MINTZBERG, 2003), *sensemaking* (DAFT; WEICK, 1984) e improvisação (WEICK, 1993; CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 1999) na busca de soluções alternativas. Apesar de ambas as vertentes, aparentemente, parecerem lógicas conflitantes, a existência de regras e planejamentos claros não é capaz de impedir a improvisação (GIUSTINIANO; CUNHA; CLEGG, 2016). Assim sendo, este estudo busca contribuir para melhor compreensão a respeito de como as vertentes da racionalidade e improvisação se equilibram na prática clínica.

## 1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Diante do exposto, este estudo buscou responder ao seguinte problema de pesquisa: como o corpo clínico concilia racionalidade e improvisação nas práticas clínicas?

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

O presente estudo teve como objetivo geral examinar como o corpo clínico concilia racionalidade e improvisação nas práticas clínicas. Para tanto, foram estabelecidos os objetivos específicos listados a seguir.

- a) Examinar quais as principais características do uso de protocolos na prática clínica dos hospitais investigados.
- b) Analisar como as improvisações se manifestam nas práticas clínicas dos hospitais investigados.
- c) Examinar os fatores desencadeadores da improvisação nas práticas clínicas, nos hospitais investigados.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

A partir do reconhecimento de que nem todas as organizações são máquinas, McDaniel (2003) afirmou que, naquelas que são classificadas como Sistemas Adaptativos Complexos - SAC's, comando, controle e planejamento não são ferramentas de gestão tão efetivas como se pensava. Dentre organizações classificadas como SAC's, o mesmo autor menciona os hospitais, destacando que, na medicina, apesar da crença de que o trabalho ocorre na direção sintomas-diagnóstico-tratamento, frequentemente, os profissionais precisam iniciar o tratamento do paciente antes mesmo de terem um diagnóstico claro, que pode ser obtido pela observação da resposta à terapêutica aplicada.

A improvisação organizacional, conforme McDaniel (2007), passa a ser considerada, também, como inerente à atuação médica e, por extensão, ao contexto hospitalar. É o estudo de McKenna, Leykum e McDaniel (2013), entretanto, que alcança as especificidades desses ambientes. Para estes autores, tais especificidades fomentam a improvisação, mas, além disso, o próprio quadro clínico do paciente, como fonte de imprevisibilidade em que se constitui, intensifica a necessidade de se improvisar. Na mesma direção, Chaffee e McNeill, (2007) destacaram que, pela necessidade de lidar com a dinamicidade das instituições e das equipes de saúde, enfermeiros também fazem uso da improvisação.

Adentrando um setor específico dos hospitais para estudar o fenômeno, Batista et al. (2016) argumentam que o ambiente de urgência e emergência (U&E) é o mais propício para a ocorrência da improvisação, visto que não se sabe com que patologias os pacientes chegarão ali, tampouco o quadro clínico que irão apresentar. Por isso, os

mesmos autores destacam que, nesses ambientes, a improvisação deve tomar como base a individualidade, ainda que hospitais sejam organizações altamente sistematizadas. Entretanto, Cunha, Cunha e Kamoche (1999) salientam que a visão de que improvisar é considerado algo subversivo impede que as pessoas compartilhem as ações de improvisação que realizam, evitando julgamentos. Além disto os estudos destacam diferentes perspectivas acerca da improvisação (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013; GIUSTINIANO; CUNHA; CLEGG, 2016), evidenciando a ausência de consenso e reforçando a relevância desta investigação.

Ainda que a literatura reconheça a existência da improvisação no ambiente hospitalar, não se observou, nos estudos consultados, a descrição de como o fenômeno ocorre no cotidiano da prática clínica. Com base, ao buscar responder como o corpo clínico concilia racionalidade e improvisação nas práticas clínicas, espera-se que este estudo contribua, teoricamente, ao identificar como e em que situações as improvisações acontecem, a partir do entendimento de que o equilíbrio entre as duas vertentes – racionalidade e improvisação - se mostra essencial. Espera-se, ainda, ampliar a compreensão teórica sobre a dinâmica do aprendizado que o fenômeno da improvisação possibilita no ambiente hospitalar, tanto para o corpo clínico quanto para a gestão.

O fato de os Hospitais investigados possuírem distintos níveis de formalização dos processos, permitiu maior compreensão do fenômeno em contextos diferenciados. Em adição, a experiência da pesquisadora na prática clínica de urgência e emergência, na intersecção com os estudos de gestão, contribui para aprofundar a compreensão do fenômeno com riqueza de detalhes cujo acesso talvez fosse dificultado a um pesquisador de outra área, pela não intimidade com o cotidiano do contexto e pela ausência de capacitação técnica em saúde.

Do ponto de vista prático, espera-se que este estudo possa demonstrar como a improvisação, utilizando os protocolos clínicos como base de partida, pode promover maior eficiência dos hospitais, estimulando o desenvolvimento de abordagens gerenciais mais adequadas à dinamicidade do contexto hospitalar. Assim, este estudo contribui para uma melhor compreensão dos desafios vivenciados pela prática clínica resolvidos por meio da improvisação. A expectativa é que este conhecimento

possa contribuir para amenizar as tensões entre o poder burocrático e o poder especialista, para que, juntas, essas duas dimensões possam encontrar uma melhor interface entre a racionalidade e a improvisação na prática clínica.

Espera-se ajudar ao corpo clínico melhor compreender que os gestores podem ser aliados para reduzir os desafios do contexto hospitalar e, ainda, que os gestores reconheçam as especificidades e a imprevisibilidade inerentes às instituições hospitalares, o que impede regras tão racionais, que possam gerar imposições e impedimentos aos desvios que por ventura sejam necessários. Vale ressaltar que os hospitais importaram do mercado práticas de gestão elaboradas para organizações mecanicistas e que necessitam de adaptações para que sejam condizentes com suas necessidades. Portanto, a improvisação, o aprendizado e o *sensemaking* apresentam-se como recursos relevantes para se obter maior eficiência no contexto hospitalar.

#### 1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Quanto à estrutura, esta dissertação assim se organiza: neste primeiro capítulo é apresentada a contextualização do problema de pesquisa assim como, são detalhados os objetivos geral e específicos do estudo, bem como a justificativa e as contribuições que ele pode trazer. No Capítulo 2, é apresentada a fundamentação teórica, com destaque às especificidades dos hospitais, à gestão hospitalar e à improvisação em hospitais. No Capítulo 3, estão descritas as escolhas metodológicas utilizadas para o alcance dos objetivos do estudo. A análise dos dados e a discussão dos resultados são apresentadas no Capítulo 4. Por fim, no Capítulo 5, são apresentadas as conclusões do estudo, contemplando a resposta ao problema de pesquisa, assim como contribuições práticas, limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 HOSPITAIS E SUAS ESPECIFICIDADES

Hospitais são, reconhecidamente, organizações destinadas ao cuidado de pessoas doentes em diferentes níveis de criticidade (KATZ; KAHN, 1975). Por esse motivo, são considerados organizações profissionais (ETZIONI, 1961), com alto nível de especialização e relativa autonomia dos profissionais que os compõem. Em função do modelo de múltipla autoridade e subordinação (PERROW, 1986), hospitais também são organizações caracterizadas como pluralistas (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006) e paradoxais (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000).

Por se tratar de organizações profissionais, hospitais representam uma das organizações mais complexas da sociedade (ETZIONI, 1961) e são reconhecidos como sistemas adaptativos complexos (MCDANIEL; DRIEBE, 2001; ANDERSON; ISSEL; MCDANIEL, 2003). SAC's são sistemas compostos por grande número de agentes diversos que interagem entre si, influenciando-se mutuamente por meio de rede de *feedbacks* (STACEY, 1996; CILLIERS, 1999). A característica diversificada desses agentes e o modo como interagem resultam em dinâmica própria do sistema, pois os agentes modificam seus comportamentos de acordo com os *feedbacks* que recebem (STACEY, 1996).

Em SAC's, as interações ocorrem predominantemente de maneira informal, ou seja, acontecem em paralelo ao sistema formal. Por isso, as interações informais são denominadas de “sistema sombra”, ou *shadow system*, nos termos de Stacey (1996). Esse tipo de interação garante a imprevisibilidade de decisões, ações e resultados. Nesse contexto, as decisões e ações dos agentes organizacionais são influenciadas por aspectos políticos, interpretativos e simbólicos (RICHARDSON, 2011). Essa característica implica o desenvolvimento de padrões locais de interação, que correspondem a uma espécie de sombra do sistema legitimado (STACEY, 1996).

A característica comportamental dos agentes resulta na não linearidade do sistema, que se refere ao fato de que determinada ação pode gerar mais de um possível resultado, em diversas proporções (CILLIERS, 1999). A característica não linear

resultante das interações dos agentes implica imprevisibilidade no comportamento do sistema (STACEY, 1996; MCDANIEL, 2007). As redes de *feedback*, por sua vez, proporcionam estímulo ao aprendizado e à criatividade, que resultam na auto-organização e evolução do sistema (RICHARDSON, 2011; STACEY, 1996). A auto-organização se refere à capacidade do sistema de, espontaneamente, criar ordem a partir da desordem, por meio de comportamentos coerentes, sem que haja necessidade de um esquema central ou plano estabelecido (STACEY, 1996; CILLIERS, 1999). Em SAC's, a ordem surge das interações entre os agentes, que produzem ações inovadoras capazes de transformar o ambiente organizacional (OLIVEIRA; MEYER; PASCUCI, 2018).

Pelo fato de corresponderem a sistemas abertos, ou seja, de interação contínua com o ambiente, SAC's possuem limites de difícil identificação (CILLIERS, 1999). Por esta razão tais sistemas coevoluem com seus ambientes, modificando seu entorno (STACEY, 1996; MCDANIEL, 2007). Assim sendo, a observação de hospitais a partir do comportamento de SAC's permite uma melhor compreensão acerca do funcionamento dinâmico e complexo destas organizações, onde predominam a imprevisibilidade e a autonomia profissional.

A autonomia profissional, nos termos de Mintzberg (2003), pode ser vista como inerente ao contexto hospitalar e, conforme o mesmo autor, ressalta o compartilhamento entre o poder burocrático (dos gestores) e o poder da especialização (profissionais da saúde). Tem-se, portanto, diferentes grupos, com objetivos distintos, que compartilham do poder sobre decisões e ações. Há, por um lado, o conhecimento especialista como o principal orientador da execução das práticas assistenciais adotadas no atendimento aos pacientes e, por outro, a gestão administrativa e seus esforços visando ao desempenho organizacional.

Esta caracterização faz com que qualquer mudança interna dependa da obtenção de apoio dos diferentes grupos internos, a qual, por sua vez, requer a conciliação de interesses divergentes e até ambíguos, a fim de encontrar um ponto comum de interesse e aceitação. Nesse contexto, em que as decisões são influenciadas por aspectos políticos, interpretativos e simbólicos (MINTZBERG, 2003), a implementação de mudanças torna-se um grande desafio aos gestores. Tratando-se de hospitais, isso

ocorre especialmente em processo decisório que afeta as atividades de profissionais especialistas, como é o caso dos protocolos clínicos (GOMES et al., 2015).

## 2.2 PROTOCOLOS NA GESTÃO HOSPITALAR

Os protocolos clínicos correspondem a métodos de controle desenvolvidos especificamente para a saúde, sendo um dos principais instrumentos de gestão das práticas assistenciais (VICTOR; MARCO, 2004). Geralmente, são desenvolvidos com base em evidências científicas, no intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde no processo de decisão acerca do manejo clínico. Assim, reduzem a variabilidade da assistência (WHO, 2008), proporcionando maior clareza na identificação de padrões clínicos (BOXWALA et al., 2001) e na previsão de custos, bem como o monitoramento de resultados (SANTIAGO, 2004).

Por estarem relacionados a métodos que visam ao comando, controle e planejamento, os protocolos clínicos possuem premissas funcionalistas implícitas (MORGAN, 1996). Segundo Mintzberg (1990), tais premissas se baseiam na racionalidade plena e consideram a suficiência de informações, a capacidade de prever estados futuros e a estabilidade do ambiente, ou do quadro clínico dos pacientes, por analogia. Desse, conforme o mesmo autor modo, os planos pré-concebidos podem representar armadilhas à organização, por não estimular o senso crítico durante o processo de implementação.

Nesta perspectiva, é importante reconhecer que, em algumas situações, os protocolos e diretrizes clínicas podem não fornecer resposta adequada sobre o que é melhor para o paciente em questão. Isso faz com que o corpo clínico necessite fazer julgamentos, combinando conhecimento e experiência por meio da intuição (BATISTA et al., 2016). Na mesma linha argumentativa, Werneck, Faria e Campos (2009) afirmaram que a adoção de protocolos clínicos, assim como a incorporação de tecnologias ao cuidado com o paciente, necessita ser sustentada pela atenção à demanda real, para proporcionar impactos positivos à saúde das pessoas.

Para Weick (1993), é fundamental reconhecer que a gestão engloba contribuições dos inúmeros indivíduos que a compõem, sendo influenciada por fatores sociais e

cognitivos. Reconhecer esse aspecto significa compreender que a gestão é essencialmente social. Em especial nos hospitais, pela característica das interações dos agentes, a eficácia encontra-se diretamente relacionada à qualidade das relações existentes. Nesse contexto, McDaniel (2003) destaca a importância de os gestores fazerem uso de *sensemaking*, aprendizado e improvisação como iniciativas gerenciais centrais, para lidar com a complexidade, evitando procedimentos gerenciais de foco único, que direcionam todos os esforços para o planejamento, comando e controle. Portanto, adotar mecanismos que permitam e capacitem os indivíduos a lidar com as incertezas de modo eficaz e seguro mostra-se mais apropriado às características desse tipo de organização (CUNHA; CUNHA; CLEGG, 2009; MCDANIEL, 2007).

O uso de protocolos clínicos classifica-se como benéfico, se tais instrumentos forem aplicados adequadamente (BOXWALA et al., 2001; VICTOR; MARCO, 2004; SANTIAGO, 2004). Porém, esses protocolos não devem estar acima da percepção crítica do sujeito, que precisa ser capaz de interpretar e analisar o contexto para distinguir quando utilizá-los ou não, de modo a garantir sua efetividade (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Gestores dos hospitais necessitam reconhecer as limitações inerentes aos protocolos clínicos como modelos de gestão, permitindo e estimulando os profissionais a discutirem e analisarem sua aplicabilidade, considerando a individualidade dos pacientes (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

### 2.3 IMPROVISAÇÃO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

A improvisação organizacional se refere a um ato essencialmente interpretativo e de natureza social que ocorre no ambiente organizacional (WEICK, 1993). Além disso, é carregada de significados, conhecimento, experiência e concepções, podendo ser um fenômeno individual ou coletivo (CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 1999). Cunha, Miner e Antonacopoulou (2017) defendem que, mesmo quando os indivíduos cumprem rotinas, estão, inevitavelmente, adequando sua ação à singularidade do contexto e do tempo. Conforme os mesmos autores, desvios de maior amplitude costumam ser desencorajados dentro das organizações, em decorrência de desafios de coordenação.

Para Cunha et al. (2014), a improvisação pode ocorrer em tipologias diferenciadas, que estão relacionadas à sua forma de expressão. O contexto organizacional pode proporcionar influências, visto que, à medida que as organizações sistematizam seus processos, formalizam e codificam sua prática, aumentam a expectativa de que os profissionais executem o planejamento com precisão. Assim, os atos de improvisação tendem a ser minimizados, passando a ocorrer por meio de processos informais (CUNHA; CUNHA; CLEGG, 2009). Cunha et al. (2014) identificaram diferentes manifestações da improvisação organizacional, as quais podem ocorrer de modo concomitante na mesma organização, sendo apresentadas no Quadro 1.

### Quadro 1 – Tipologia de improvisação

Tipo de improvisação	Definição e características
<i>Ad hoc</i>	Resposta espontânea a eventos inesperados; ocorre na forma de reação ao imprevisto.
Ocultas	Ação não declarada; ocorre quando os indivíduos decidem agir de acordo com sua própria maneira, seus hábitos e convicções.
Provocativa	Desvios explícitos intencionais com intuito de desafiar e provocar reflexão por meio da ação.
Gerenciada	Improvisação aceita e legitimada pela organização, que, em vez de suprimir a mudança, leva a formas guiadas de improvisação.

Fonte: adaptado de Cunha et al. (2014).

Nas organizações em que a improvisação é tratada como subversiva, sua prática é desestimulada. Logo, os profissionais podem optar por aderir aos padrões, reduzindo a eficiência diante de problemas e desafios inesperados (CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 1999). Quando, ao contrário, improvisações são aceitáveis ou até mesmo encorajadas, afirmam os mesmos autores que os problemas tendem a ser planejados e tratados em tempo real, por meio dos recursos disponíveis. Além disso, os autores destacam que, após a resolução, se forem observados resultados positivos, tendem a ser incorporados às rotinas da organização.

Weick (1998) argumenta que o ato de improvisar não se refere à ação desconectada do contexto. Ao contrário, diz respeito à interpretação das ações baseadas na adequação às percepções obtidas do ambiente, podendo ser considerada como um ato interpretativo, resultado de atenção e *sensemaking* (DAFT; WEICK, 1984). Em complemento, os constructos relativos à improvisação organizacional são apresentados no Quadro 2.

## Quadro 2 – Constructos relativos à improvisação organizacional

Constructos	Definição
<i>Sensemaking</i>	Trata-se de um processo de interpretação e percepção da realidade, que cria sentido e subsidia a tomada de decisão (DAFT; WEICK, 1984).
Intuição	Refere-se à concepção de uma ação espontânea, que consiste em fazer escolhas sem uma análise formal prévia (CROSSAN; SORRENTI, 1997).
Bricolagem	Trata-se da utilização do recurso disponível em diferentes combinações (LÉVI-STRAUSS, 1966).
Criatividade	Emerge diante da necessidade de respostas rápidas e criativas, relacionadas a demandas imprevistas (FISHER; AMABILE, 2009).
Adaptação	Traduz-se na regulação ou ajustamento às condições externas (HUTCHINS, 1991).
Experiência	Processo de reflexão e aprendizado por meio do conjunto de situações vivenciadas pelo indivíduo (KOLB, 1976).
Aprendizado	Ocorre à medida que os indivíduos refletem durante suas ações (SCHON, 1983).
Inovação	Criação de novos produtos ou serviços, podendo estar associada a mudanças na matéria-prima, etapas ou resultado de um processo (GONÇALVES, 2001).

Fonte: elaborado pela autora a partir dos teóricos mencionados.

Embora estes constructos geralmente sejam relacionados à improvisação, vale ressaltar que nenhum deles, isoladamente, define a ação como improvisada. Tais constructos também podem estar presentes em contextos planejados, enquanto a improvisação não é planejada, usando os recursos de que se dispõe no momento (GONÇALVES, 2001). Assim, conceitos como inovação e criatividade podem surgir de maneira completamente nova, enquanto a improvisação tem entre seus pressupostos básicos flexibilidade e competência, além de necessitar de estrutura mínima como base de partida (CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 2001; CUNHA, 2002).

O termo estrutura mínima corresponde a estruturas que apoiam sem restringir (WEICK, 1998; CUNHA, 2004), sendo vista como a espinha dorsal para ações de improvisação (KAMOCHE; CUNHA, 2001). Deste modo, a estrutura mínima mostra-se relevante, por permitir flexibilidade concomitantemente ao estabelecimento de limites para a atuação (CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 2001). Sendo assim, o entendimento relacionado à estrutura mínima não remete à ausência de regras, normas e controle, mas a um equilíbrio entre flexibilidade e controle.

Ainda no que tange aos aspectos relacionados à estrutura mínima, é importante compreender que a improvisação que surge a partir desta, baseada em *sensemaking*, envolve escolhas e diálogo para ajustar a conduta, fornecendo, assim, um raciocínio que permite ações coerentes (CUNHA; MINER; ANTONACOPOULOU, 2017), a

reflexão, o aprendizado e a modificação dos comportamentos futuros (WEICK, 1995). Segundo Weick (1993), a atenção e interpretação coerente sobre o que está acontecendo permitem uma ação coordenada. Esta coerência se sobrepõe à necessidade de acordos rigorosos na organização, permitindo ajustes individuais às irregularidades locais (WEICK, 1993). Todavia, ambos os extremos, de controle e improvisação, remetem a fragilidades.

Pelo fato de que improvisação e controle estão associados a fragilidades, por um lado, a ausência total de controle, potencialmente, ocasiona falta de alinhamento para o alcance dos objetivos estratégicos, por outro, seu excesso pode levar à rigidez estrutural (CUNHA; MINER; ANTONACOPOULOU, 2017). Assim, o planejamento e as prescrições devem existir, a fim de nortear a ação e garantir a adequada coordenação dos esforços no alcance dos objetivos da organização. Mas, por outro lado, não devem impedir a improvisação (WEICK, 1993).

Nas organizações profissionais, os especialistas utilizam os padrões estabelecidos como estruturas mínimas em conjunto com o conhecimento formal e tácito resultante da experiência para improvisar (BATISTA et al., 2016). Portanto, quem improvisa tem um conhecimento básico, mínimo, a respeito do problema, que permite encontrar alternativas diferentes para solucioná-lo. Por meio das ações desenvolvidas, limitadas pela estrutura mínima estabelecida, os especialistas são capazes de desenvolver as variações necessárias que lhes permitam lidar com as condições inesperadas e que exigem respostas rápidas (ORLIKOWSKI, 1996).

Para Giustiniano, Cunha e Clegg (2016), a ação improvisada tem sua relevância diante de situações em que, por exemplo, há falha nos instrumentos ou nos casos em que os protocolos não correspondem à realidade, impedindo que sejam utilizados em sua completude.

As soluções obtidas por meio de improvisação são, também, ricas fontes de experiências e de diversidade, sendo, portanto, consideradas elemento fundamental para o aprendizado organizacional (DIAS; MEYER; MAMÉDIO, 2018). Neste sentido, a improvisação corresponde a uma perspectiva da aprendizagem organizacional (CROSSAN; SORRENTI, 1997), havendo relação mútua entre ambas, de modo que

a ocorrência de uma propicia a manifestação da outra (CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 1999). Consequentemente, conforme estes autores, a improvisação é capaz de promover uma ampliação dos conhecimentos e experiências individuais, ao possibilitar a compartilha de experiência e aprendizado. Um dos resultados é que os indivíduos aumentam a capacidade de lidar de modo eficaz com a incerteza e a complexidade.

No que concerne aos hospitais, conforme Dias, Meyer e Mamédio (2018), o aprendizado ocorre por meio do processo de reflexão e das trocas de experiências obtidas na interação contínua do corpo clínico. Assim, compreender a natureza do imprevisto pode favorecer os gestores a ampliarem sua base de conhecimento, auxiliando-os a atuarem de maneira mais eficiente diante de situações de incerteza (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

### **2.3.1 Improvisação no ambiente hospitalar**

A prática clínica, apesar de altamente sistematizada, não se resume a uma ciência estritamente racional, pois o corpo clínico necessita considerar diversas informações para realizar o diagnóstico e prescrever tratamentos (BATISTA et al., 2016). Para McKenna, Leykum e McDaniel (2013), o corpo clínico se baseia em duas possibilidades para a definição da conduta, sendo que a primeira se refere a um processo intuitivo e a segunda, a um processo analítico.

O processo intuitivo volta-se ao reconhecimento de padrões. Se o quadro do paciente se encaixa em algum padrão, o percurso entre o diagnóstico e o tratamento é simples, rápido e intuitivo. Embora seja inconsciente, a intuição surge por meio de associações rápidas, envolvendo julgamento e conhecimento (BATISTA et al., 2016). A segunda possibilidade para definir a conduta do corpo clínico se baseia em um processo analítico, racional e deliberado. No entendimento de McKenna, Leykum e McDaniel (2013), este processo é mais provável de ser utilizado diante de situações complexas, problemas ambíguos ou mal definidos. Nesses casos, o percurso a ser seguido se baseia na coleta de informações adicionais, que se referem tanto ao próprio quadro clínico do paciente quanto à busca por experiências e aprendizados anteriores, na tentativa de identificar uma possível solução ao problema. Com isso, o caminho

analítico para a tomada de decisão clínica é mais lento, deliberado (intencional) e exige mais recursos (tempo e energia).

Todavia, McKenna, Leykum e McDaniel (2013) ressaltam que ambos os caminhos para a tomada de decisão clínica podem envolver improvisação, pois esta pode ser vista como uma maneira de tomada de decisão clínica, baseada tanto na intuição coletiva quanto no raciocínio analítico diante de situações ambíguas. Nesse sentido, os mesmos autores asseveram que a improvisação clínica corresponde à estratégia utilizada para percorrer os caminhos de incerteza nas organizações de saúde, pois o melhor curso para a ação clínica nem sempre é tão claro e previsível. Nessa mesma lógica, a imprevisibilidade exige que as condutas sejam variadas e os protocolos, improvisados à medida que ocorrem eventos inesperados, que desestabilizam os procedimentos. Com isso, a prática clínica envolve improvisações, tanto na definição de um diagnóstico quanto nas condutas durante o tratamento clínico dos pacientes (BATISTA et al., 2016).

Diante desse contexto de caminhos ambíguos, Vogus, Sutcliffe e Weick (2010) consideram que a segurança do paciente se torna um desafio, em meio ao qual, conforme os mesmos autores, improvisação, aprendizado, multitarefa e adaptação são aptidões necessárias ao desenvolvimento de uma cultura de segurança. Em seu cotidiano, o corpo clínico necessita realizar diversas adaptações do contexto às situações com que se depara (DIAS; MEYER; MAMÉDIO, 2018). Observa-se que, diante de situações repletas de imprevisibilidades e desafios, a incapacidade de improvisar pode impedir a efetividade clínica (BATISTA et al., 2016).

Nota-se, portanto, que a improvisação é necessária para lidar com a incerteza e a surpresa, inerentes ao desdobramento único do quadro clínico de cada paciente (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013). Por isso, o imprevisto tem se mostrado crucial para garantir respostas adequadas sob essas condições (MCDANIEL, 2007). Batista et al. (2016) afirmam que, em hospitais, os especialistas, geralmente, improvisam no intuito de ajustar os casos singulares às diretrizes. Assim, a improvisação na saúde pode corresponder à capacidade de adaptação, fornecendo maior eficiência, pois sempre haverá casos que não se enquadram nas previsões do protocolo.

Todavia, mesmo que a improvisação seja desenvolvida de maneira bem-intencionada e fundamentada, pode ser interpretada como uma escolha de risco frente ao que se encontra formalmente defensável e protegido pelas evidências científicas e protocolos clínicos, por exemplo (BATISTA et al., 2016). Como destacam estes autores, o cumprimento dos protocolos clínicos não possui relação somente com o tratamento clínico do paciente, implicando, também, proteção jurídica.

Improvisações, ao contrário, podem ser indefensáveis do ponto de vista formal. Contudo, em ambientes com elevada incerteza e imprevisibilidade, como o caso dos setores de U&E e centros de terapia intensiva (CTI), a dinâmica de funcionamento necessariamente cria eventos inesperados. Neste sentido, segundo Batista et al. (2016), o corpo clínico, ao improvisar, assume riscos profissionais em prol da tentativa de oferecer soluções ao imprevisto.

No contexto hospitalar, a imprevisibilidade pode estar relacionada tanto à não linearidade das interações, quanto ao imprevisto e o desdobramento do quadro clínico dos pacientes (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013). Aspectos derivados da complexidade precisam ser considerados, de modo a não inibir a riqueza analítica proveniente das interações do corpo clínico nos hospitais (DIAS; MEYER; MAMÉDIO, 2018). Neste contexto, pode-se esperar que gestores hospitalares saibam equilibrar a necessidade de controle com a prática da improvisação, necessária para lidar com os eventos imprevistos (CHAFFEE; MCNEILL, 2007). No entanto, o equilíbrio dessas necessidades pode mostrar-se desafiador, visto que tanto a improvisação pode representar um obstáculo ao uso de protocolos quanto o uso de protocolos pode, por consequência, inibir a capacidade de improvisação.

As organizações experimentam certa compulsão pelos pressupostos de racionalidade que acabam por trazer limites, reduzindo a capacidade de realizar ajustes propostos pelos indivíduos aos problemas inesperados e às irregularidades locais (WEICK, 1998). A falta de conhecimento acerca do fenômeno da improvisação e da importância do *sensemaking* leva os gestores a ignorarem as características emergentes e as maneiras pelas quais os profissionais se auto-organizam (WEICK, 1995). Assim, ao se menosprezar os significados presentes na ação, assim como a maneira pela qual

esta gera seu próprio significado, desconsidera-se o caráter de improvisação da organização (WEICK, 1993), mas ignorá-lo não muda sua natureza.

A prática da improvisação também envolve riscos, conforme Giustiniano, Cunha e Clegg (2016). Esses autores analisaram um desastre de um navio que fazia um cruzeiro e destacaram o risco derivado de comportamento humano equivocado para provocar tal evento. Isso porque, ao confiarem demasiadamente em sua capacidade e experiência, profissionais flertam com o perigo. Os autores avaliam que a estruturação de rotinas e padrões burocráticos não é suficiente para a garantia da segurança. Diante disto sugerem que, em vez de depositar demasiada confiança nos procedimentos de emergência, que sejam elaboradas medidas de observação aos antecedentes do comportamento humano e criados canais internos de comunicação para identificar comportamentos de risco.

### **3 MÉTODO**

Neste capítulo, foram apresentadas as escolhas metodológicas que permitiram o desenvolvimento da pesquisa e a resposta ao problema estudado.

#### **3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA**

A presente pesquisa propôs-se a responder ao seguinte questionamento: como o corpo clínico concilia racionalidade e improvisação nas práticas clínicas?

##### **3.1.1 Perguntas de pesquisa**

As perguntas de pesquisa que nortearam o desenvolvimento deste estudo são as seguintes:

- a) Quais as principais características do uso de protocolos na prática clínica dos hospitais investigados?
- b) Como as improvisações se manifestam nas práticas clínicas dos hospitais investigados?
- c) Quais os fatores desencadeadores da improvisação na prática clínica dos hospitais investigados?

##### **3.1.2 Definição das categorias analíticas e termos relevantes**

No Quadro 3 foram apresentadas as categorias analíticas que norteiam a análise de dados, as quais representaram os conceitos-chave que orientaram o estudo.

### Quadro 3 – Categorias analíticas

<b>Categoria analítica</b>	<b>Conceito adotado</b>	<b>Principais referências</b>
Improvisação organizacional	Corresponde a um ato essencialmente interpretativo e de natureza social que ocorre no ambiente organizacional. Além disso, é carregada de significados, conhecimento, experiência e concepções, podendo ser um fenômeno individual ou coletivo.	Weick (1993)  Cunha, Cunha e Kamoche (1999)
<i>Sensemaking</i>	Corresponde à recepção de informações sobre o mundo externo, filtradas e processadas para a redução da equivocidade e criação de sentido. A partir do <i>sensemaking</i> , ou sentido construído, ocorrem as escolhas e as decisões.	Daft e Weick (1984)
Intuição	Constructo da improvisação que se refere a um processo inconsciente de concepção de ação espontânea baseado em experiência.	Crossan e Sorrenti (1997)
Bricolagem	Constructo da improvisação que se refere à criação de novas soluções a partir do uso de recursos disponíveis.	Weick (1998)
Criatividade	Constructo da improvisação que se refere à capacidade de inventar, criar e inovar, motivada principalmente pelo interesse, prazer, satisfação e desafio do trabalho.	Fisher e Amabile (2009).
Aprendizado	Constructo da improvisação que se refere ao aprendizado obtido à medida que os indivíduos agem e refletem durante suas ações.	Schon (1983)
Interações	Conceito derivado de SAC's, ocorre por meio de redes de <i>feedback</i> , representadas por interações formais e, principalmente, informais.	Stacey (1996)
Imprevisibilidade	Conceito derivado de SAC's, decorre de um conjunto de fatos e eventos (atratores) que impedem a previsão das ocorrências futuras e que afetam o comportamento de agentes e de organizações.	Stacey (1996)
Autonomia profissional	Poder especialista, ou seja, conferido pela especialização e competência profissional.	Mintzberg (2003)
Protocolos clínicos	Instrumentos desenvolvidos no intuito de nortear o processo de decisão e manejo clínico que reduz a variabilidade da assistência.	WHO (2008)

Fonte: elaborado pela autora a partir dos autores mencionados.

Outros termos relevantes ao estudo são apresentados no Quadro 4.

### Quadro 4 – Outros termos relevantes

<b>Termo</b>	<b>Conceito adotado</b>	<b>Referência</b>
Sistema Adaptativo Complexo	Representado por agentes com autonomia para modificar seus comportamentos de acordo com seus interesses e expectativas decorrentes das interações que promovem.	Stacey (1996)
Incerteza	Conceito derivado de SAC's, refere-se à dinamicidade do contexto no qual não se pode prever exatamente o resultado de uma ação ou o efeito de uma condição.	Stacey (1996)
Adaptação	A adaptação advém da oportunidade do agente de SAC cumprir as regras operacionais e obter recursos. Com isso, os agentes modificam seus padrões e essa diferenciação possibilita mudanças ao longo do tempo.	Stacey (1996)
Não linearidade	Conceito derivado de SAC's, representa a possibilidade de um mesmo estímulo promover diferentes resultados.	Stacey (1996)

Fonte: elaborado pela autora a partir dos teóricos mencionados.

### 3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A classificação deste estudo se baseou nos pressupostos de Vergara (2012), quanto aos meios e quanto aos fins. Portanto, quanto aos fins, ou seja, os objetivos pretendidos, assumiu-se caráter descritivo e explicativo; no que tange aos meios de investigação utilizados, tratou-se de um estudo de casos comparativo. O nível de análise foi organizacional e a unidade de análise correspondeu às práticas clínicas.

Adotou-se uma abordagem qualitativa, por se tratar de uma atividade interpretativa que proporciona aos pesquisadores a compreensão do mundo e dos fenômenos sociais (TORRANCE, 2011). Tal abordagem possibilita a coleta de dados no local em que os participantes da pesquisa vivenciam o problema investigado, com a realização de entrevistas e a observação do fenômeno em seu ambiente natural (CRESWELL, 2016). A natureza descritiva do trabalho se justifica pelo fato de o estudo descrever as características de um fenômeno (CRESWELL, 2016), neste caso, a improvisação na prática clínica. A pesquisa buscou identificar os fatores que determinaram ou que contribuíram para a ocorrência da improvisação na prática clínica, sendo, por isso, também caracterizada como explicativa (GIL, 2019).

Configura-se como um estudo de caso comparativo (STAKE, 2005), por ter como foco empírico a experiência de dois Hospitais, ambos localizados na Região Sudeste do Brasil, os quais são denominados, ao longo deste estudo, Hospital H1 e Hospital H2, para preservar suas identidades.

O estudo comparativo é justificado devido ao interesse da pesquisa em evidenciar se protocolos clínicos e improvisação são influenciados pela existência da certificação do Sistema de Gestão da Qualidade, permitindo a análise comparativa de diferentes contextos.

A seleção dos hospitais baseou-se nos seguintes critérios: i) semelhança quanto aos portes; ii) serem hospitais-escolas; iii) possuírem a mesma natureza jurídica (hospitais filantrópicos); iv) adotarem protocolos clínicos, independentemente de terem ou não certificação formal; v) acessibilidade para o desenvolvimento da investigação. Esses critérios foram estabelecidos no intuito de assegurar a diferença dos contextos,

garantindo, porém, equivalência que permitisse comparação. A principal diferença entre H1 e H2 diz respeito ao aspecto Certificação.

### **3.2.1 Casos estudados**

O Hospital H1 é um hospital filantrópico de grande porte, situado na Região Sudeste. É referência estadual para o atendimento a emergências cardiológicas, além de ser credenciado como centro transplantador. No ano de 2019, o hospital possuía 226 leitos, sendo 30 de CTI. Possui certificações de qualidade como ISO 9001:2015 e acreditação em saúde pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA)<sup>3</sup> e destina parte dos seus atendimentos ao SUS.

O Hospital H2 também é um hospital filantrópico de grande porte, situado na Região Sudeste e referência estadual para o atendimento a emergência cardiológicas. Possuía 209 leitos no ano de 2019, sendo 20 de CTI. Diferentemente do Hospital H1, não possui certificações de qualidade. Porém, conta com setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente, orientado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (Proadi), do SUS. O Proadi é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) financiada com recursos de isenção fiscal, concedidos a hospitais filantrópicos reconhecidos pelo órgão como sendo de excelência e que prestam apoio a outros hospitais na promoção do desenvolvimento do sistema de saúde para a população (BRASIL, 2013). Por ser filantrópico, o Hospital H2 também destina parte dos seus atendimentos ao SUS.

No Quadro 5, a seguir, são apresentadas as principais características dos hospitais investigados.

---

<sup>3</sup> A ONA certifica o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) em três diferentes níveis: acreditado, acreditado pleno e acreditado com excelência. De acordo com a ONA, quanto maior o nível de acreditação obtido, maior robustez no SGQ.

### Quadro 5 – Características dos hospitais investigados

Características	Hospital H1	Hospital H2
Data da fundação	1972	1912
Atividades desenvolvidas	Ensino, pesquisa e assistência.	Ensino, pesquisa e assistência.
Áreas de referência	Cardiologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia e centro transplantador.	Cardiologia, oncologia, ortopedia, ginecologia e centro transplantador.
Número de leitos	226	209
Estruturação do SGQ	Formal. Possui um escritório com atividades agrupadas em uma gerência e subdivididas em: sistema de gestão da qualidade, segurança do paciente e gerenciamento de riscos.	Formal. Possui um escritório com atividades agrupadas em uma gerência e subdivididas em: sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente.
Direcionamento adotado pelo SGQ	Direcionado pelos manuais da ISO 9001:2015 e ONA.	Direcionado pelo Proadi-SUS para apoiar o desenvolvimento de hospitais públicos e filantrópicos na segurança do paciente.
Certificações de qualidade	ISO 9001:2015 e ONA (acreditação com excelência).	Não possui.
Orientação principal da prática clínica	Protocolos estabelecidos e bem disseminados, com atualizações periódicas. Desenvolvimento de mecanismos que tornam os protocolos presentes durante a prática clínica.	Protocolos clínicos descritos, extensos, com baixa amplitude de divulgação para o corpo clínico.
Protocolos clínicos implementados e gerenciados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de Manchester para a classificação de risco</li> <li>• Protocolo de Sepsis</li> <li>• Protocolo de dor torácica</li> <li>• Protocolo da bariátrica</li> <li>• Protocolos cirúrgicos</li> <li>• Protocolos de segurança do paciente (MS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de Manchester para a classificação de risco</li> <li>• Protocolo de dor torácica</li> <li>• Protocolos de segurança do paciente (MS)</li> </ul>
Monitoramento dos resultados assistenciais (indicadores)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcance das metas de segurança do paciente (determinadas pelo MS)</li> <li>• Monitoramento do índice de infecções geradas pela assistência</li> <li>• Monitoramento da adesão aos protocolos e dos resultados assistenciais</li> <li>• Maior controle dos custos relacionados à assistência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcance das metas de segurança do paciente (determinadas pelo MS)</li> <li>• Monitoramento do índice de infecções geradas pela assistência<sup>4</sup></li> <li>• Ausência de monitoramentos de adesão aos protocolos</li> </ul>

Fonte: dados da pesquisa.

<sup>4</sup> Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde são definidas como infecções adquiridas durante o processo de cuidado em um hospital ou outra unidade prestadora de assistência à saúde, que não estavam presentes ou em incubação na admissão do paciente. Sua origem se dá a partir da interação com os profissionais de saúde, ou pela realização de procedimentos invasivos, podendo manifestar-se inclusive após a alta.

As características dos hospitais investigados demonstraram que se tratam de contextos diferenciados, com níveis distintos de práticas racionais, como, por exemplo, o uso de protocolos clínicos.

### **3.2.2 Coleta dos dados**

O estudo foi desenvolvido com base em dados primários e secundários (RICHARDSON, 1999). Os dados primários foram representados por entrevistas etnográficas (SPRADLEY, 1979) e observação não participante, nos termos de Creswell (2016). Como dados secundários, foram utilizadas as informações divulgadas por meio do *site* dos hospitais e documentos internos, como protocolos, atas de reuniões e registros de análise de indicadores.

A entrevista etnográfica possibilitou a obtenção de informações empíricas sobre a vida dos entrevistados em situações específicas (VAN MAANEN, 1988), permitindo a descobrir aspectos culturais do informante, pois forneceu exemplos e vivências sobre as questões fomentadas (SPRADLEY, 1979). A entrevista etnográfica caracteriza-se como uma conversa amigável, que permite ao pesquisador promover um momento descontraído, em que as perguntas são lentamente introduzidas, diferindo-se de um interrogatório formal, aumentando, portanto, a cooperação dos entrevistados. Esse tipo de entrevista foi escolhido para que os entrevistados não se sentissem coibidos a relatar suas improvisações na prática clínica, assim como o resultado dos casos por eles vivenciados, o aprendizado obtido e a maneira como tais casos são abordados quando de conhecimento da gestão.

Ao todo, foram realizadas 40 entrevistas (20 em cada um dos Hospitais), contemplando 16 enfermeiros, 16 médicos e oito gestores (seis clínicos e dois administrativos). O perfil dos entrevistados (área de especialização, tempo de formação, setor e tempo de atuação no hospital investigado) é apresentado nos Apêndices A e B. Para preservar a identidade dos entrevistados, adotou-se a codificação apresentada no Quadro 6.

### Quadro 6 – Codificação dos entrevistados por hospital

Função	Código em H1	Código em H2
Enfermeiros	H1CE1 ao H1CE8	H2CE1 ao H2CE8
Médicos	H1CM1 ao H1CM8	H2CM1 ao H2CM8
Gestores	H1G1 ao H1G4	H2G1 ao H2G4

Nota: H = hospital; C = corpo clínico; E = enfermeiro; M = médico; G = gestor.

Fonte: elaborado pela autora.

A seleção dos sujeitos da pesquisa ocorreu de modo intencional (CRESWELL, 2016), por esta ser a mais indicada na pesquisa qualitativa, permitindo que o pesquisador selecione os sujeitos que melhor o auxiliarão na compreensão do fenômeno investigado. Os entrevistados foram selecionados a partir dos seguintes critérios: 1) médicos e enfermeiros que atuassem há mais de um ano nos hospitais investigados; 2) gestores assistenciais diretamente envolvidos na gestão da prática clínica nos hospitais investigados; 3) gestores das áreas administrativas que possuíssem interface com os setores assistenciais – em particular, gestores dos setores de qualidade de cada hospital, aqui denominados gestores administrativos.

Partindo desse perfil, os entrevistados foram identificados com o método “bola de neve” (MALHOTRA, 2001), de modo que o primeiro indica o seguinte e, assim, sucessivamente, até que seja alcançado o ponto de saturação. Essa técnica mostra-se favorável quando se pretende aproximação com situações sociais específicas e os envolvidos são mais bem identificados pela população do que pelo próprio pesquisador (WHA, 1994). Desse modo, a técnica demonstrou ser mais adequada ao objetivo da pesquisa, dada a complexidade que caracteriza as interações sociais no contexto hospitalar. A fim de identificar locais onde houvesse incidência de improvisação/protocolos mais objetiva para o tempo e objetivo da pesquisa, optou-se por iniciar as entrevistas em diferentes áreas, com base nos critérios mínimos estabelecidos. Desse modo, foram realizadas entrevistas inicialmente com enfermeiros e médicos da Urgência e Emergência (U&E), enfermeiros e médicos do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e enfermeiros e médicos do Centro Cirúrgico. A partir dessas entrevistas, o estudo seguiu por meio do método Bola de Neve (MALHOTRA, 2001), garantindo as diferentes especialidades e profissionais de diferentes áreas dos hospitais, ou seja, o alcance amplo do corpo clínico dos hospitais.

Dois roteiros específicos foram adotados, um voltado a entrevistas com o corpo clínico (APÊNDICE D) e o outro, às realizadas com os gestores (APÊNDICE E). Inicialmente, foram feitas as entrevistas com o corpo clínico, objetivando coletar dados sobre imprevisibilidades, casos de improvisação vivenciadas e a correlação com o uso dos protocolos clínicos. Na sequência, foram entrevistados gestores clínicos e administrativos, em especial, dos setores de qualidade dos hospitais, no intuito de registrar suas percepções a respeito de como o desenvolvimento e o aprimoramento dos protocolos ocorrem na gestão da prática clínica, assim como os principais desafios para sua implementação e monitoramento. As entrevistas foram realizadas pessoalmente, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020, sendo gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas, de modo a garantir a fidedignidade e a confidencialidade das informações coletadas. As entrevistas nos dois hospitais totalizaram 19 horas, 18 minutos e 31 segundos de gravação, correspondendo ao tempo médio de 28 minutos e 11 segundos, resultando em 234 páginas de transcrições. Ressalta-se que todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, que é enfermeira, o que permitiu conhecimento e linguagem técnica, possibilitando maior profundidade nas perguntas e compreensão dos relatos. Além disso, vale ressaltar que as entrevistas tiveram maior duração que o tempo contabilizado, devido ao fato de que a pesquisadora pôde acompanhar os entrevistados em algumas situações, que ocorreram durante a interrupção das entrevistas. Desse modo, além do tempo de entrevista contabilizado, ocorreram, na informalidade, conversas e relatos durante o acompanhamento dessas intercorrências.

Dados também foram coletados por meio de observação, com o objetivo de contribuir na identificação do uso dos protocolos e de improvisações na prática clínica, bem como na verificação da qualidade dos dados coletados via entrevistas. A observação também foi realizada pela própria pesquisadora enfermeira e ocorreu de modo não participante, ou seja, sem que houvesse interferências no fenômeno investigado (RICHARDSON, 1999). Esse tipo de observação é adequado na investigação de fenômenos sobre os quais a discussão pode causar algum tipo de desconforto. Por essa razão, considerou-se a técnica adequada, visto que as práticas de improvisação, muitas vezes, são tão intrínsecas e comuns à atuação do corpo clínico, que os profissionais podem não ser capazes de recordar ou reportar verbalmente suas

especificidades, dificultando que elas sejam totalmente captadas apenas por meio de entrevistas. Além disso, dada a existência de entendimentos pejorativos acerca da prática de improvisação por alguns grupos, a observação não participante foi considerada uma técnica contributiva à pesquisa.

Durante a observação não participante foi adotado um protocolo observacional composto por notas descritivas e notas reflexivas. As notas descritivas totalizaram 46 páginas e se referiram aos relatos dos eventos ocorridos durante as observações, à reconstrução de diálogos e às descrições do local. As notas reflexivas, por sua vez, referiram-se aos registros relacionados à percepção da pesquisadora acerca do fenômeno observado (CRESWELL, 2016), os quais totalizaram 30 páginas. Desse modo, o protocolo observacional favoreceu o registro claro da dinâmica da prática clínica e das improvisações observadas. Foram realizadas 144 horas de observação não participante, tempo equivalente a 12 plantões (06 diurnos e 06 noturnos) em cada hospital.

Ressalta-se que as horas de observação não participante foram além das contabilizadas visto que as entrevistas eram realizadas durante o turno do corpo clínico e no momento agendado para as entrevistas ocorreram intercorrências clínicas que foram acompanhadas pela pesquisadora por meio de observação não participante, o que favoreceu o estudo. Além disso, alguns fatores propiciaram a confiança dos entrevistados e conseqüentemente a obtenção de informações, como por exemplo a informalidade da relação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa e chegada ao plantão no plantão anterior para acompanhamento da passagem de plantão.

As observações foram direcionadas, inicialmente, aos setores de maior criticidade dos Hospitais, como o CTI e a U&E, em função de a gravidade dos pacientes e a dinamicidade desses setores aumentarem as possibilidades de improvisação. Todavia, ao longo da coleta de dados, o foco das observações foi direcionado exclusivamente à U&E, visto que, apesar de terem sido identificadas improvisações nos CTI's, estas foram menos frequentes do que nos setores de U&E. Esta decisão também teve base no estudo desenvolvido por Batista et al. (2016), que consideram a U&E como ambiente mais apropriado à identificação de improvisações, pois estas são potencialmente desencadeadas por eventos inesperados, uma característica da U&E.

Como dados secundários, o estudo fez uso de documentos públicos e privados (CRESWELL, 2016). Os documentos públicos consideraram a legislações vigentes e informações disponíveis nos *sites* dos Hospitais investigados, enquanto os documentos privados abarcaram atas de reuniões, relatórios analíticos de indicadores, protocolos e normas internas, além de formulários preenchidos durante a assistência.

A adoção de três técnicas (observação não participante, entrevista e análise documental) de coleta de dados, conforme Torrance (2011), permitiu a triangulação dos dados, contribuindo para garantir a interpretação mais adequada e aprofundada da realidade, imprescindível em estudos qualitativos como este. Para isso, as observações não participantes, que foram realizadas concomitantemente com as entrevistas, permitiram a compreensão do fenômeno durante sua concepção, permitindo a pesquisadora confrontar a percepção obtida da realidade com os relatos dos entrevistados, associado a essas fontes de dados a análise documental contribuiu para compreender como se deu a elaboração, a implementação e o desenvolvimento dos protocolos clínicos em cada um dos contextos investigados. Além disso, a análise documental permitiu compreender os principais desafios vivenciados e as ações realizadas pelos gestores clínicos e administrativos para contornar esses desafios, permitindo a compreensão das particularidades do contexto.

### **3.2.3 Tratamento e análise dos dados**

Neste estudo, os dados primários foram analisados por meio da técnica de análise de narrativas (SCHUTT, 2011). Essa escolha considerou a temática estudada, o propósito do estudo e o campo de pesquisa – racionalidade e improvisação –, além da importância da riqueza de detalhes para a identificação de casos e experiências vividas pelos entrevistados. Esse método de análise também foi considerado apropriado, pois, segundo Schutt (2011), permite evidenciar processos de construção de sentido em contextos sociais e organizacionais.

Na percepção de Elliot (2005), existem três diferentes maneiras de se realizar as análises de narrativas: por meio da análise de significado, da análise de estrutura e da análise do contexto interacional. Optou-se, neste estudo, pelo uso da análise de narrativa por meio da técnica de análise de significado, considerando-se o conceito

de *sensemaking* (Weick, 1993), que tem base na construção de significados, os quais influenciam em decisões, ações e justificativas que representem coerência para os sujeitos envolvidos. Desse modo, o foco foi direcionado aos significados presentes nas narrativas dos acontecimentos, às experiências e aos eventos reais narrados pelos entrevistados (ELLIOT, 2005).

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados em conjunto com os que foram obtidos a partir da observação não participante, registrados no protocolo observacional. Essas informações foram organizadas e interpretadas, servindo como base para o desenvolvimento de narrativas acerca do processo de improvisação e do uso dos protocolos clínicos. Para cada entrevista, foi desenvolvida uma narrativa, a partir da qual foram exploradas as manifestações da racionalidade e do imprevisto na prática clínica e suas interfaces com a gestão.

A análise dos dados secundários, por sua vez, foi feita a partir da análise documental. A técnica contribuiu para a compreensão, por parte da pesquisadora, sobre o nível de desenvolvimento dos protocolos clínicos e sobre a gestão da prática clínica em cada um dos hospitais investigados.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para Creswell (2016), o desenvolvimento de um projeto de pesquisa precisa prever adequada condução dos aspectos éticos, respeitando-os ao longo de todo o estudo. É possível reconhecer, portanto, que toda pesquisa envolve algum tipo de risco. Neste estudo, especificamente, considerou-se o risco de que gestores, diretores e corpo clínico, sujeitos da pesquisa, pudessem se sentir desconfortáveis ou constrangidos diante de alguma pergunta. Neste particular, destaca-se que todos os entrevistados aceitaram participar da pesquisa e serem entrevistados. Eles tiveram ciência do propósito do estudo e da garantia de confidencialidade de suas identidades, recebendo, com antecedência, informações relativas aos benefícios da participação. Além disso, os dados coletados se limitaram ao contexto e às práticas mencionadas, sem interesse na sua relação com a vida pessoal dos participantes nem na realização de qualquer intervenção junto a pacientes.

Para salvaguardar os direitos dos participantes, assim como esclarecer os aspectos relacionados à participação na pesquisa por parte dos entrevistados, adotou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, por meio do Parecer 3.589.325, cumprindo com todos os procedimentos éticos cabíveis.

## 4 RESULTADOS

Este capítulo abarcou a análise dos dados coletados, subdividida em quatro partes. Inicialmente, foram apresentadas as práticas racionais nos dois Hospitais investigados, bem como sua análise comparativa, demonstrando os diferentes níveis de racionalização adotados em cada um dos contextos. Em seguida, foram apresentadas as práticas improvisacionais identificadas em cada um dos hospitais, assim como sua análise comparativa. Na sequência, a improvisação e a racionalidade foram analisadas a partir do modo como se relacionam na prática clínica. Por último, apresentou-se a discussão acerca dos principais achados da pesquisa.

### 4.1 PRÁTICAS RACIONAIS NOS HOSPITAIS INVESTIGADOS

A seguir, são apresentadas as principais características dos protocolos clínicos, representando as práticas racionais adotadas, em cada um dos hospitais investigados.

#### 4.1.1 Práticas racionais no Hospital H1

No Hospital H1, observou-se elevado nível de práticas racionais na área clínica. Por isso, os processos ocorreram de maneira mais formal, por exemplo, com instruções normativas, fluxogramas e definição formal do relacionamento entre os setores, os quais contemplam grande parte de seus processos (análise documental). Além disso, a formalização das relações mostrou-se guiada por uma cultura de sinalização de não conformidades para a gestão (observação não participante). Essas não conformidades compreenderam falhas nos processos e também na própria assistência ao paciente, sendo denominadas “eventos adversos” – nomenclatura estabelecida pelo Ministério da Saúde<sup>5</sup>.

Como exemplo de não conformidades exigidas e reportadas à gestão do Hospital H1, pode-se citar um caso em que a U&E encaminhou um paciente com medicações

---

<sup>5</sup> Eventos adversos (EAs) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base.

vasoativas em veia periférica, sendo cobrada a realização do procedimento de punção profunda, previsto no protocolo de transferências internas. A cobrança foi realizada verbalmente, no momento em que o paciente foi recebido pelo outro setor, gerando, posteriormente, um registro formal da não conformidade (análise documental). Tal situação evidencia que os enfermeiros desempenhavam papel fundamental, contribuindo com a exigência do cumprimento dos acordos firmados entre os setores e das normas definidas pela organização, potencializando maior adesão aos planos estabelecidos (observação não participante).

Verificou-se que os protocolos clínicos auxiliavam na obtenção da eficiência, contribuindo para a definição dos exames e insumos utilizados na assistência e no controle dos custos por linha de cuidado, o que corrobora a afirmação de Santiago (2004) de que tais instrumentos ajudam na previsão de custos da assistência. Um bom exemplo neste sentido é a existência de regras que exigiam a prescrição médica previamente à liberação de exames e insumos.

Notou-se ainda, a existência de prescrições médicas padronizadas via sistema, em que o médico prescrevia o protocolo (sepse ou acidente de trabalho, por exemplo) e toda a relação de exames, medicamentos e cuidados necessários era automaticamente inserida na prescrição (análise documental). O Hospital H1 demonstrou ter medidas para induzir ao uso dos protocolos clínicos estabelecidos e inibir possíveis desvios (observação não participante). Exemplos observados nesse sentido são as burocracias exigidas para desvio dos caminhos previstos, tais como a necessidade de justificativa formal para o uso de insumos não previstos (observação não participante). Este fato está em consonância com o entendimento de Cunha, Cunha e Clegg (2009) de que a improvisação é influenciada pelo contexto organizacional, podendo, em muitos casos, ser considerada subversiva e, por esta razão, desestimulada. Os mesmos autores consideram que quanto maior o nível de formalização dos processos, maior a expectativa dos gestores no que tange ao cumprimento do planejamento pelos profissionais.

Todavia, apesar da burocracia formal presente no Hospital H1 e da existência e adoção dos protocolos clínicos, a observação não participante permitiu notar que tais instrumentos não eram integralmente utilizados, funcionando como um norte de

atuação. Exemplo é o Protocolo de Sepse, que, apesar de prever inúmeras etapas a serem detalhadamente seguidas (análise documental), na prática, tinha seu uso simplificado às principais etapas, sendo estas mescladas à necessidade individual do paciente ou, até mesmo, à dinamicidade do contexto – no caso, o plantão (observação não participante). Tomando como referência Kamoche e Cunha (2001) e Weick (1998), os protocolos clínicos, no contexto de H1, puderam ser comparados a estruturas mínimas, visto que não foram capazes de explicar por completo os procedimentos adotados. Todavia, se demonstraram fundamentais para nortear o atendimento inicial, que se desdobra e evolui de acordo com a resposta obtida do paciente.

O Hospital H1 vinha notando que o envolvimento do corpo clínico desde a construção dos protocolos clínicos tendia a garantir melhores resultados no que tange à adesão dos profissionais. A este respeito, a gestora administrativa manifestou “Envolver os profissionais na construção do protocolo é trabalhoso, porém, é uma lição aprendida que obtivemos durante o processo, pois, assim, eles se sentem envolvidos e corresponsáveis na cobrança e disseminação” (H1G3). Este relato permitiu constatar que, apesar de exigir esforços mais intensos, a participação do corpo clínico na construção do protocolo trouxe resultados benéficos para a gestão, visto que, por se sentirem envolvidos, os profissionais cumpriram com as prescrições e se sentiram também responsabilizados em disseminar as informações e orientar seus pares. Ainda que envolvimento tenha sido notado, desafios relacionados a fragilidades no planejamento fizeram com que, antes mesmo de ser implementado, o protocolo teve de ser rediscutido e aprimorado, conforme reportado pela gestora clínica:

[...] quando você vai para a pessoa e fala: “Oh, esse protocolo é assim. O ideal é isso”, às vezes, ela te questiona algo e você (diz:) “Verdade! Eu não pensei nisso, mas, realmente... Vamos lá!”. Então, assim... É desafiador, mas a gente tem trabalhado cada vez mais para estar próximo da equipe, ouvir e ser mais assertivo (H1G1).

O relato desta gestora permitiu inferir que, associada à própria dinamicidade do contexto hospitalar, a multiplicidade de profissionais, com interesses diferentes, inerente ao contexto de SAC (STACEY, 1996) – ou seja, diferentes categorias profissionais e, por isso, com focos de atuação também diferenciados – tornaram desafiadores os processos de planejamento e implementação de protocolos clínicos. Essa constatação se relaciona com as características do hospital como SAC

(STACEY, 1996), o que impossibilita considerar todas as perspectivas profissionais e situações possíveis provenientes da não linearidade. Além disso, o relato também conduziu à reflexão acerca da limitação da racionalidade humana (SIMON, 1955), motivo pelo qual o planejamento da prática clínica exigiu flexibilidade por parte dos gestores, como se observou na afirmação do enfermeiro gestor da Gerência Ambulatorial.

Apesar de a gestão clínica do Hospital H1 ser altamente formalizada, por meio de suas diretrizes e normas, os protocolos clínicos ainda se encontravam em fase de estruturação, estando alguns mais consolidados que outros. Como afirmou uma gestora administrativa, “A maioria dos protocolos não é informatizada, o que faz com que a busca de informações seja no prontuário do paciente [...] então, nós recolhemos para fazer compilação manual” (H1GE3). O relato evidencia, portanto, que foi preciso fazer esforço para se obter as informações oriundas dos protocolos clínicos. Essa dificuldade na extração de informações se relacionava com o fato de que nem todos os protocolos estavam informatizados e, por isso, nem todos possuíam indicadores ou formas de monitoramento próprios (observação não participante). A gestora clínica reforçou essa dificuldade, ao pontuar que “A grande contribuição que a gente espera dos protocolos cirúrgicos é, efetivamente, conseguirmos entender o nível de desvio e de efetividade dele [...] não conseguimos chegar lá ainda” (H1GE2).

Com base nesses dois relatos, foi possível inferir que, pelas limitações nos sistemas de informática, os protocolos clínicos implementados ainda não promoviam a riqueza de informações esperada pelos gestores, pois a maioria dos registros era feita manualmente e, por consequência, era difícil obter as informações. A partir disso, foi possível constatar que a intenção de se implementar protocolos clínicos se relacionava com a codificação e padronização, mas, além disso e principalmente, com a facilidade de obtenção de informações acerca das práticas clínicas, para permitir aos gestores realizar intervenções e tomar decisões. Nessa direção, os protocolos clínicos se constituíram como o principal instrumento de gestão das práticas assistenciais, como destacam Victor e Marco (2004), mas, não necessariamente o direcionador da conduta clínica do corpo clínico.

O contexto identificado em H1 permitiu constatar que, apesar de os hospitais serem reconhecidos pela complexidade, dinamicidade e imprevisibilidade, o pensamento lógico e racional tende a pautar a atuação dos gestores, conduzindo-os a administrar as organizações como máquinas. Essa tendência foi notada por Morgan (1996) e McDaniel (2007), os quais ressaltam que as tarefas gerenciais centrais em SAC's ainda estão voltadas para o planejamento e controle, sem considerar as especificidades dos contextos em que são aplicadas. Nesse sentido, foi possível observar que os protocolos clínicos melhor formalizados, apresentavam barreiras aos desvios, o que dificultava o atendimento personalizado ao paciente, de acordo com suas reais necessidades apresentadas. Nesses casos, a burocracia foi utilizada como forma de inibir esses possíveis desvios.

#### **4.1.2 Práticas racionais no Hospital H2**

Em relação a H1, no Hospital H2, verificou-se que os processos ocorriam de maneira mais informal, apesar de este possuir sistema de gestão da qualidade implantado. A esse respeito, a gestora administrativa reconheceu que, "Hoje, ainda não estamos preparados para isso. Conhecemos nossas fragilidades e estamos nos empenhando para, primeiro, garantir uma estrutura possível de ser certificada" (H2G3). Esse movimento remonta a existência de novas exigências no contexto hospitalar, que passaram a cobrar a formalização dos processos e implementação de melhorias, independentemente de certificações. Para atender a esse aspecto, o Hospital H2 encontra-se inserido no Proadi-SUS, que, por meio de orientações, metas e acompanhamentos, incentiva organizações hospitalares a aperfeiçoarem seus processos em prol da segurança dos pacientes.

Todavia, apesar de, à época da pesquisa, o hospital possuir a descrição de suas principais rotinas e regulamentos (análise documental), a disseminação dessas informações aos profissionais, assim como a cultura de adesão, ainda não se encontrava consolidada. Em função disso, a baixa formalização de seus processos e a ausência de monitoramentos que proporcionassem mais conhecimento aos gestores acerca dos resultados clínicos, assim como de seus processos, dificultavam a tomada de decisão para promover a melhoria contínua (observação não

participante). Consequentemente, o aprimoramento dos protocolos clínicos não era tão dinâmico quanto requerem contextos complexos como hospitais, nos quais, conforme argumenta Stacey (1996), a melhoria permanente pode ser obtida por meio de redes de *feedbacks* formais e informais. A ausência dessas redes de *feedbacks* fez com que as mudanças obtidas com a gestão da prática clínica ocorressem mais lentamente no Hospital H2.

Contudo, o Hospital H2 já adotava iniciativas voltadas à melhoria da qualidade e da segurança do paciente na época da pesquisa. Como exemplos, pode-se destacar, dentre outros, as ações visando à redução do índice de infecções geradas pela assistência, a implementação de transporte seguro de pacientes, o incentivo à notificação e a tratativa de eventos adversos. Porém, vale ressaltar que o canal estabelecido para a notificação de tais eventos ainda seguia sendo usado de maneira incipiente pelos profissionais durante os plantões (observação não participante).

Essa constatação se relacionou com o fato de que, conforme reconheceu uma gestora clínica, “Ainda existem desafios a serem superados para que a causa dos problemas possa não ser atribuída aos profissionais envolvidos” (H2G2). Em decorrência da baixa adesão dos profissionais ao canal de comunicação de erros e não conformidades, as informações da prática clínica não chegam aos gestores para que, a partir disso, a gestão se torne mais atuante em relação ao aspecto reportado.

Ainda no que diz respeito à gestão da prática clínica, observou-se que o desenvolvimento dos protocolos clínicos no Hospital H2 se encontrava no início. Na U&E, por exemplo, havia apenas dois protocolos clínicos implementados: o Protocolo de Manchester, para classificação de risco, e o Protocolo de Dor Torácica. Ainda assim, notou-se que esse último ainda não previa claramente a interação, definição de responsabilidades e corresponsabilidades no seu cumprimento entre as categorias profissionais (análise documental). Conforme relatou uma gestora clínica, “o protocolo (de Dor Torácica) foi desenvolvido pelo setor de hemodinâmica do hospital, sem que houvesse interação entre os setores [...] eles entregaram o protocolo pronto (à U&E). Ainda não consegui acessá-los para alinharmos algumas questões” (H2G2). Na percepção da gestora, alguns ajustes precisariam ser feitos para que as etapas e

atribuições fossem mais claras, como também para atender às particularidades descritas no protocolo, mas que não condiziam com a realidade da U&E.

O relato da gestora clínica permitiu inferir que a maneira como o protocolo foi desenvolvido, caracterizada pela ausência de sistemática estabelecida para a elaboração e implementação do protocolo, em decorrência da dificuldade de comunicação e alinhamento entre setores interdependentes, influenciou negativamente sua compreensão e, por conseguinte, o cumprimento de suas etapas pela equipe da U&E. Nesse sentido, a constatação reforça Stacey (1996), para quem a dinamicidade das interações dos indivíduos em SAC's foi o que determinou a capacidade de adaptação, auto-organização e evolução do sistema.

#### **4.1.3 Análise comparativa das práticas racionais de H1 e H2**

Ambos os Hospitais adotavam protocolos clínicos, embora esse processo se apresentasse em fases distintas de desenvolvimento em cada qual. Por isso, as duas organizações experimentavam diferentes desafios, associados com a fase em que cada uma se encontrava quanto aos protocolos.

Em relação ao nível de formalização de processos, o Hospital H1 encontrava-se em estágio de desenvolvimento mais avançado. Possuía protocolos clínicos mais bem desenvolvidos, disseminados e com evidências de que haviam passado por aprimoramento (análise documental). O Hospital H2, por sua vez, estava elaborando os protocolos clínicos, apresentando dificuldades relacionadas à sua disseminação e adaptação para o contexto de U&E. Assim, enquanto H2 ainda se deparava com os primeiros desafios na estruturação dos protocolos, em H1, as dificuldades estavam relacionadas à obtenção de informação nos protocolos de maneira menos dispendiosa e em tempo real, buscando aumentar a atuação e intervenção dos gestores na prática clínica. Como resultado, observou-se, no Hospital H1, que o maior desenvolvimento das práticas racionais, em especial, dos protocolos clínicos, tendia à existência de caminhos mais burocráticos, por exemplo, a exigência de laudos de justificativa para insumos não previstos, o que desestimulava desvios ao planejamento e à redução dos custos previstos na assistência (observação não participante).

Outra diferença evidenciada entre as práticas dos Hospitais H1 e H2 correlaciona-se com o controle e a adesão dos profissionais aos protocolos clínicos estabelecidos, uma vez que, em H2, ficou evidenciado que os enfermeiros foram pouco integrados ao processo. Entretanto, a pouca integração desses profissionais no Protocolo de Dor Torácica parece contraditória, pois, sendo o hospital reconhecido como uma das referências cardiológicas estaduais, tal instrumento é da maior relevância no setor de U&E. No Hospital H1, ao contrário, percebeu-se que todo o corpo clínico (médicos e enfermeiros) possuíam capacitação no atendimento à dor torácica, baseada nas diretrizes internacionais estabelecidas pela *American Heart Association*, disseminadas por meio do Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. Em H1, essa capacitação era realizada externamente, sendo, porém, custeada pelo Hospital. Tomando-a por base, na chegada de um paciente com dor torácica, os enfermeiros desempenham toda a parte inicial do protocolo e, assim, ao iniciar a avaliação do paciente, o médico possui as informações (por exemplo, o resultado de exames) disponíveis para a tomada de decisão. Além disso, os enfermeiros dão início a ações para a monitorização e estabilização do quadro clínico do paciente, de modo a promover as condições para as possíveis intervenções que venham a ser necessárias. Neste sentido, observou-se que, no Hospital H1, o protocolo de Dor torácica promovia ações sincronizadas. Notou-se, ainda, que, na condução do caso clínico, havia intensa comunicação entre médicos e enfermeiros, sendo que esse segundo grupo de profissionais desempenhou papel fundamental, como aliados da gestão. Isso porque atuavam para garantir o cumprimento das etapas previstas, cobrando dos médicos os registros e burocracias necessárias, interagindo com a equipe e com os setores para que as atividades fossem realizadas de forma coordenada.

Ao contrário, no Hospital H2, constatou-se que o curso mencionado foi custeado pelo hospital apenas para os médicos e residentes. Nesse sentido, até então, a condução dos casos de dor torácica, assim como a coordenação diante de parada cardiorrespiratória, era realizada exclusivamente pelos médicos e residentes de medicina. O enfermeiro era participante secundário nesse processo, pois, pela ausência de capacitação específica no protocolo, não possuía o conhecimento adequado acerca das diretrizes internacionais para o atendimento da dor torácica. Em

decorrência, durante a condução dos protocolos foram identificadas dificuldades no alinhamento da equipe, no planejamento das atividades, assim como maior variabilidade na prática clínica (observação não participante). Ilustrando essa constatação, um enfermeiro da U&E salientou que, “Quando eu identifico que um paciente se enquadra no Protocolo de Dor Torácica, eu preciso anexar o formulário do protocolo ao atendimento. Mas, daí em diante, é o médico que direciona” (H2CE5). Para este entrevistado, o papel do enfermeiro na condução e participação no protocolo clínico se resumia a anexar o formulário de dor torácica à ficha de atendimento do paciente, ressaltando a pouca integração desses profissionais ao processo. Com isso, o atendimento de um paciente com dor torácica tornava-se fragmentado por desconhecimento de alguns sobre o protocolo, dificultando a fluidez de informações entre a equipe e a coordenação das atividades no atendimento ao paciente (observação não participante).

Outros desafios identificados no Hospital H1, como os relacionados à velocidade de mudança e à obtenção de informações da prática clínica oriundas da implementação do protocolo em tempo real, com o uso de sistema informatizado, se referiam a dificuldades não vivenciadas pelo Hospital H2. Isso porque, à época da pesquisa, este hospital ainda não havia alcançado o estágio de desenvolvimento em que tais desafios foram observados.

No Quadro 7, são apresentadas as principais diferenças racionais na prática clínica nos dois Hospitais.

### Quadro 7 – Diferenças na racionalidade na prática clínica do H1 e H2

Aspecto	Hospital H1	Hospital H2
Protocolos clínicos	Em fase de estruturação de monitoramentos mais eficazes, por meio da informatização dos protocolos e formulários correspondentes.	Em fase de construção. Somente os principais processos e protocolos estão descritos, embora pouco disseminados, pelo reduzido nível de integração dos enfermeiros.
Velocidade de mudança ou dos ciclos de melhoria	Rápida.	Lenta.
Característica dos relacionamentos	Mais formal.	Mais informal.
Barreiras aos desvios	Presentes e consolidadas.	Não foram identificadas.
Processo de comunicação com gestores acerca dos desvios	Ocorre por meio de fluxo estabelecido, em especial o que se refere ao cumprimento de normas e acordos entre os setores.	Informal, apesar da existência de canal de comunicação formal estabelecido.
Monitoramento dos protocolos clínicos	Adesão e resultados por meio de indicadores.	Inexistente.

Fonte: dados da pesquisa.

O Hospital H1 revelou-se mais avançado no que diz respeito ao estabelecimento de padrões, implementação e monitoramento de protocolos clínicos em relação ao Hospital H2. Possivelmente, essa característica relaciona-se com os estímulos promovidos pela certificação da qualidade, que contribuem com exigências no desenvolvimento e aprimoramento das práticas racionais em H1.

Observou-se, também, que os níveis diferenciados de desenvolvimento das práticas racionais nos dois contextos, notados, em especial, nos protocolos clínicos, influenciou na gestão da prática clínica e na capacidade de disseminação e alcance da adesão dos profissionais a esses instrumentos. Em H1, especificamente, os gestores mostraram ter maior clareza, controle e conhecimento dos resultados obtidos pela organização.

Com base nisso, a maior formalização notada em H1 demonstra que, à época da coleta de dados, o Hospital estava caminhando para maior confiança dos gestores na racionalidade (análise documental), o que passa a promover barreiras à ocorrência de desvios em relação ao que se encontra previsto. Por outro lado, a ausência de controles e limitações na gestão da prática clínica observada no Hospital H2 pode dificultar o alcance dos objetivos assistenciais no hospital, conforme asseveraram Cunha, Miner e Antonacopoulou (2017), para os quais a ausência de controle pode

dificultar o alcance dos objetivos estratégicos, mas o excesso de controle, por outro lado, pode levar à rigidez estrutural.

## 4.2 IMPROVISações NA PRÁTICA CLÍNICA

A seguir, foram apresentadas as principais manifestações de improvisação identificadas nos Hospitais investigados.

### 4.2.1 Improvisações no Hospital H1

Em que pese o planejamento, o aprimoramento dos processos e as barreiras adotadas, foi possível verificar, no Hospital H1, a existência de improvisação na prática clínica. No contexto deste hospital, observou-se que esse fenômeno ocorre especialmente por ausência de diagnóstico claramente definido ou em situações em que a tendência do tratamento se revela desfavorável, passando a exigir uma intervenção diferenciada para revertê-la. Essas ocorrências de improvisação são classificadas como improvisações clínicas, de acordo com McKenna, Leykum e McDaniel (2013). Entretanto, em menor proporção, outras improvisações também foram identificadas, estando relacionadas ao mau funcionamento dos materiais e equipamentos e, ainda, bricolagem e improvisações voltadas ao aprimoramento de técnicas, com foco na melhoria da performance profissional (observação não participante). Notou-se, portanto, que, apesar da elevada formalização dos processos, a improvisação continuava presente na prática clínica do Hospital H1, corroborando os achados de Giustiniano, Cunha e Clegg (2016). Para sustentar essa observação, destaca-se o exemplo relatado pelo médico cirurgião geral H1CM4, segundo o qual, durante um procedimento cirúrgico de videolaparoscopia, ocorreram empecilhos com a pinça de vídeo. Como o procedimento já estava em andamento, o profissional médico precisou improvisar. Para melhor compreensão do ocorrido, esclarece-se que, na videolaparoscopia, são utilizadas duas pinças de vídeo, uma em cada mão do cirurgião. Desse modo, o profissional é capaz de visualizar a cavidade do abdome e realizar a manipulação dos órgãos conforme necessário. Porém, em função do mau funcionamento de uma das pinças, o referido médico optou por realizar outra perfuração no abdome do paciente, de modo a alcançar o local mais próximo do órgão

que estava manipulando. A partir disso, foi possível alcançar a alça do órgão com outra pinça, mais curta e sem o recurso de vídeo, apenas firmando-o para, então, finalizar a cirurgia, usando a outra pinça de vídeo.

O caso apresentado reforça que, especialmente quando se depende do funcionamento de equipamentos, que são suscetíveis a falhas, imprevistos ocorrem (WEICK; SUTCLIFFE, 2003). Diante deles, o médico fez uso da criatividade e da bricolagem (LÉVI-STRAUSS, 1966; WEICK, 1993), para contornar a situação e finalizar o procedimento. O mesmo médico também relatou que “Já aconteceu de acabar o CO<sub>2</sub>, durante o procedimento e eu introduzi ar comprimido no paciente. Nesse caso, você tem que improvisar. Não é o indicado, mas você não pode parar no meio da cirurgia” (H1CM4).

Pode-se perceber que falhas nos equipamentos envolvidos nos procedimentos, assim como a disponibilidade dos recursos necessários, são fatores que desencadeiam a improvisação. Além das situações relatadas, que, por analogia, podem ser consideradas desordens (STACEY, 1996) ou problemas inesperados (CUNHA; MINER; ANTONACOPOULOU, 2017), a resposta clínica do paciente incitou as improvisações de maior prevalência no Hospital H1, conforme notado na observação não participante, correspondendo às improvisações clínicas (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

Improvisações clínicas ocorreram, por exemplo, em casos de pacientes sem diagnóstico claramente definido, nos quais, conforme observado, o manejo clínico foi guiado pelo *sensemaking* (DAFT; WEICK, 1984). O relato de um médico anestesista cujo paciente começou a apresentar instabilidades no seu quadro clínico durante um procedimento cirúrgico ilustra esse tipo de improvisação. O anestesista descreveu que “O paciente estava muito quente, rígido... Nesse momento, ele já estava fazendo arritmia cardíaca” (H1CM6). Segundo este profissional, por se tratar de um evento raro em anestesia, não foi diagnosticada imediatamente a causa, para isso, retirou parte dos campos cirúrgicos para avaliar o paciente, fez checagens nas medicações que estavam sendo infundidas. “Demorou um pouco até eu descobrir (referindo-se à retirada dos campos cirúrgicos) o paciente e fazer o diagnóstico” (H1CM6). Tratava-se de uma hipertermia maligna, que, segundo o profissional, é um evento que pode

se tornar grave, pois “Essa patologia libera muito potássio e, por isso, o paciente se torna instável hemodinamicamente” (H1CM6).

Mediante o diagnóstico, o médico solicitou a medicação prevista pelo protocolo clínico e conseguiu reverter a situação, destacando que, “A partir do momento que fiz o diagnóstico, segui o protocolo clínico e em 15 minutos, aproximadamente, o paciente melhorou e foi para o CTI” (H1CM6). O relato do anestesista permitiu inferir que, em algumas situações, há um espaço entre a avaliação médica e seu diagnóstico, necessário para enquadrar o paciente em algum protocolo clínico. Como observado, esse espaço é preenchido por inúmeras improvisações, na tentativa de solucionar o problema, como enfatizam Cunha, Miner e Antonacopoulou (2017).

O uso de improvisações para preencher lacunas entre a avaliação e o diagnóstico foi reforçado pelo relato de uma enfermeira sobre um paciente tetraplégico que, por meses, ficou internado no hospital com uma ferida infectada na região sacral. A ferida não melhorava, em consequência de um quadro de diarreia crônica. Segundo a mesma profissional, “O paciente foi avaliado por vários médicos, com diferentes intervenções clínicas e medicamentos. Até que o médico diarista da internação resolveu pedir uma ultrassonografia das vias urinárias” (H1CE2). A enfermeira prossegue, destacando que não havia nenhuma indicação para esse exame, considerando que o quadro do paciente era a diarreia. Porém, “o resultado do exame identificou uma fístula na bexiga, que drenava parte da urina para o intestino, provocando a diarreia. Após o diagnóstico, o paciente foi encaminhado para a cirurgia, a fístula fechou e eliminou a diarreia” (H1CE2).

Para essa mesma enfermeira, “improvisar está relacionado com não se conformar, se envolver no problema, mas, também, com sagacidade” (H1CE2). O relato por ela apresentado demonstrou que nem sempre o problema do paciente é facilmente identificado, como pontuam McKenna, Leykum e McDaniel (2013), para os quais problemas ambíguos ou mal definidos exigem investigação, conduzindo a interpretações e tratamentos diferenciados, em um processo mais analítico. Além disso, a partir do relato, nota-se que, para o alcance do resultado eficaz da improvisação, o profissional que atendeu ao referido paciente necessitou fazer uso de sua experiência, intuição, criatividade, *sensemaking* e, em especial, sua competência

profissional. Essa constatação corrobora Weick (1993) quanto aos constructos envolvidos, assim como Cunha, Cunha e Kamoche (2001) e Cunha (2002), para os quais a competência é essencial para a improvisação. Além disso, para além das obras mencionadas, nota-se que o comprometimento com a resolutividade e o inconformismo com a projeção de maus resultados, se demonstraram como fatores cruciais de motivação para a improvisação.

Em contrapartida, mesmo diante de situações em que o paciente possui diagnóstico claro, as respostas clínicas ao tratamento previsto podem variar, reforçando a impossibilidade de se prever a maneira como as doenças se desdobram (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013). Nessa perspectiva, pode-se citar casos em que o paciente não correspondeu às expectativas e iniciou uma trajetória de declínio contínuo de seu estado de saúde (observação não participante). Portanto, apesar da existência e contribuição dos protocolos clínicos, estes nem sempre serão capazes de prever todos os desdobramentos possíveis, como relatou um cirurgião sobre um paciente pós-cirurgia bariátrica, o qual havia re-engordado e estava obeso, mas desnutrido: “Eu iniciei com o protocolo clínico, porém o paciente não respondia e o quadro clínico começou a se agravar. O paciente teve que ser entubado e transferido para o CTI” (H1CM3). Ao reconhecer que não possuía experiência para tratar a particularidade clínica do caso, o mesmo cirurgião acionou um médico mais experiente para avaliar o paciente. O colega o orientou a suspender a hidratação e a dieta. “Na época, os protocolos falavam que tinha que hidratar o paciente, e esse cara mandou desidratar. Solicitou dosagens que não se dosavam, orientou que não nutríssemos tanto, chegamos a manter o paciente em jejum” (H1CM3). Apesar de se sentir apreensivo em relação às condutas sugeridas pelo colega, ele considerou as sugestões, uma vez que o paciente estava grave e continuava a não responder clinicamente, ficando “[...] claro que eu iria perder aquele paciente” (H1CM3). Quando pôs em prática as recomendações de seu colega, o paciente começou a melhorar, teve alta do CTI e, posteriormente, alta da enfermaria. “Nem eu acreditei que aquele paciente foi embora para casa. A família já tinha até feito extrema unção” (H1CM3). Tal relato revela que as improvisações podem não ser incrementais, mas representar um modelo de ação redesenhado, promovendo grandes mudanças nos planos ou

rotinas anteriores durante a execução, conforme destacam Cunha, Miner e Antonacopoulou (2017).

Conforme as situações até aqui relatadas, observa-se que o corpo clínico demonstrou que as condutas resultavam do foco da atenção nas respostas e nos sinais emitidos pelo paciente, de modo a se individualizar o tratamento, o que não era possível no protocolo. Além disso, as condutas realizadas embasaram-se na competência que é própria da formação profissional e da experiência do corpo clínico. O relato de um médico reforça essa constatação, ao afirmar que, “Sem conhecimento, você não tem base, não tem parâmetro” (H1CM5), frisando que ações aleatórias, que não estejam apoiadas no conhecimento, não são capazes de produzir bons resultados. Segundo o referido médico, mesmo que os protocolos estejam sendo seguidos, é necessário “entender como tudo funciona” (H1CM5), referindo-se ao conhecimento sobre como se comportam o sistema e o paciente, pois somente com esse conhecimento é possível discernir entre o uso ou não do protocolo clínico, fazendo, portanto, uso crítico desse instrumento, conforme defendem Werneck, Faria e Campos (2009).

Uma outra manifestação de improvisação por bricolagem (LÉVI-STRAUSS, 1966; WEICK, 1993) identificada no Hospital H1 pode ser observada quando um médico do CTI considera que o fato de ter um conhecimento aprofundado acerca do medicamento e do quadro clínico do paciente lhe permite fazer usos diferenciados, considerando todas as correlações: “Se eu coloco uma dobutamina que normalmente era para piorar a taquicardia, mas tende a melhorar a função miocárdica, a taquicardia melhora, porque aquela taquicardia era em resposta a uma má perfusão” (H1CM7). O relato permite inferir que a escolha dos medicamentos também pode ser baseada em seus efeitos colaterais ou secundários, em vez de levar em conta apenas sua indicação de uso. Esse mesmo médico deu inúmeros exemplos de improvisações por bricolagem, que, segundo ele, são comumente utilizadas por médicos, sendo denominadas *off label*, ou seja, usos que divergem das orientações contidas nas bulas dos medicamentos, sendo sua prática muito relacionada a experiência do profissional e nos resultados observados nos pacientes.

A relação do ato de improvisar por meio de bricolagem foi evidenciada com maior frequência, diante do uso de medicamentos de modo *off label*. Ressalta-se que o uso

de medicamentos de maneira diferenciada da convencional somente se demonstrou possível diante do conhecimento aprofundado dos recursos disponíveis, ou seja, a experiência do profissional de saúde, conforme apregoa um dos constructos da improvisação, que o permite considerar com maior profundidade as variáveis envolvidas. Reforçando essa constatação, o mesmo médico mencionou que:

Já aconteceram casos de pacientes hipotensos que, teoricamente, eu teria que colocar Noradrenalina, mas, considerando que o coração não tinha uma boa condição, eu coloquei Nipride (nitroprussiato de sódio), que, pela indicação, iria piorar a hipotensão, mas, como ele (referindo-se ao segundo medicamento) auxilia na abertura da artéria e, com isso, o coração dele (do paciente) esvazia mais rápido, a pressão se normaliza (H1CM7).

O caminho adotado pelo médico para solucionar o caso reforça o destaque de Weick (1998) de que a improvisação promove soluções efetivas com o que se tem disponível.

No Hospital H1, foi possível identificar, também, a arquitetura de improvisação, que, diferentemente do observado em H2, esteve voltada para as condições clínicas dos pacientes (observação não participante). O relato da enfermeira da U&E reforça essa constatação: “Tem paciente que a gente já sabe, é uma bomba-relógio, parece tranquilo, estável, mas tem que ficar de olho” (H1CE5). Logo, na avaliação dessa profissional, a experiência e a pró-atividade em analisar o quadro clínico e realizar interações com o médico para melhor compreender os riscos a que o paciente está sujeito permitem uma preparação para o corpo clínico atuar de forma mais efetiva, caso seja necessário.

A mesma enfermeira citou exemplos da arquitetura para a improvisação, a saber: posicionar o paciente em local de maior visibilidade; intensificar a monitorização do paciente para identificar os primeiros indícios de piora do quadro clínico; posicionar o carro de emergência com todos os recursos que possam ser necessários para o atendimento; compartilhar esse entendimento com a equipe, alinhando as condutas e priorizando as demandas desse paciente. Diante de casos de pacientes classificados como “bomba-relógio” (H1CE5), ela descreve sua conduta: “Já deixo ele monitorado, independentemente de prescrição, para não dar margem para o azar. Eu sou sensível, e não é só intuição. É muito da sua experiência também! E comprometimento com o paciente” (H1CE5).

Além das improvisações descritas, também foram identificadas aquelas que ocorreram sem que houvesse necessidade iminente que as desencadeassem, mas que, de maneira incremental, representaram concreta contribuição para a melhoria ou enriquecimento dos resultados da performance profissional. Esse entendimento pode ser corroborado pelo relato de um cirurgião cardíaco, ao destacar que “A gente costuma falar que o médico é cientista e artista” (H1CM2), em referência à capacidade de modificação dos padrões e aprimoramento da performance individual. Esmiuçando sua afirmação, o mesmo cirurgião descreve que “O cientista utiliza o conhecimento e a experiência o ajuda. Já o artista aplica esse conhecimento e essa ciência no ato de desenvolver mais aquilo que ele realmente chama de talento” (H1CM2). Logo, pode-se inferir que existem diferenças entre os profissionais no que diz respeito à modificação de sua técnica, à medida que vão se tornando experientes. Para esse mesmo médico, o aprimoramento das técnicas é positivo e se relaciona com “[...] o seu grau de conexão, de envolvimento com seu talento [...] você deve sempre tentar se superar, ser o melhor que puder ser, melhorar a cada cirurgia” (H1CM2). Seu relato permite perceber que a improvisação tem relação com o envolvimento do profissional com a atividade, conforme destacam Cunha, Miner e Antonacopoulou (2017).

A improvisação também está associada à autonomia profissional, nos termos de Mintzberg (2003), e com a característica dos SAC's, nos quais os indivíduos aprendem, evoluem, modificam seus comportamentos e são capazes de produzir ações inovadoras (STACEY, 1996). Adicionalmente, pode-se constatar que, ao desempenhar uma atividade, o corpo clínico desenvolve a reflexão sobre a prática, aumentando a capacidade de improvisação e promovendo o aperfeiçoamento das condutas, corroborando Crossan e Sorrenti (1997) e Weick (1993), no sentido de que passam a se sentir estimulados a testar e analisar a realidade com que se deparam.

Os casos de improvisação identificados no Hospital H1 indicam que a improvisação ocorreu na busca por soluções ao inesperado ou ao desconhecido (WEICK, 1998), mas, também, no intuito de se alcançar melhores resultados, relacionados com a performance profissional. Nota-se, assim, que as improvisações observadas se relacionavam com o grau de experiência, de conexão com a profissão e, principalmente, com o comprometimento do profissional com o caso do paciente (observação não participante). O relato de um médico reforça esse entendimento, ao

pontuar que “Vão ter aqueles que vão estar comprometidos em resolver a situação, mas, hoje em dia, o que vejo é uma ‘geração Nutela’: qualquer coisa que saia do previsto, querem reclamar, para justificar maus resultados” (HICM4). O médico usa a expressão “geração Nutela” em referência à nova geração de médicos, que chega ao hospital em uma realidade mais organizada e mais estruturada em termo de recursos em relação ao passado, o que faz com que esses profissionais não tenham desenvolvido a habilidade de, por meio da improvisação, solucionar situações que fogem ao previsto.

Portanto, é possível inferir que a capacidade de improvisação aumenta de acordo com a variedade das situações vivenciadas, que exigem do profissional a capacidade de resolução, o que se relaciona com o grau de experiência do corpo clínico. Esta constatação corrobora o entendimento de McKenna, Leykum e McDaniel (2013) de que o conhecimento e a experiência clínica são componentes fundamentais para a prática da improvisação na saúde.

#### **4.2.2 Improvisações no Hospital H2**

No Hospital H2, a maior parte das improvisações era motivada por deficiências na infraestrutura da organização. Também foi verificada a existência de improvisação na prática clínica, em função da ausência de diagnóstico claramente definido ou de respostas clínicas inesperadas, assim como para solucionar problemas produzidos pelo próprio corpo clínico ou pelo paciente (eventos adversos). Vale ressaltar que, neste Hospital, foi identificada uma arquitetura pronta para a improvisação e o uso de bricolagem, para suprir as deficiências na infraestrutura. Assim, que as características menos formais das práticas gerenciais e a infraestrutura mais antiga favoreceram a manifestação das práticas improvisacionais em maior intensidade (observação não participante). A alusão a essa realidade foi reforçada por um enfermeiro, que assim relatou:

Quando a gente está em superlotação, por exemplo, e acontece uma intercorrência no andar, que o paciente tem que descer, não dá tempo nem mesmo de a enfermeira passar o quadro clínico do paciente. Primeiro, temos que improvisar o local para recebê-lo, a maca, o monitor, os materiais [...] Daí, pegamos material emprestado com o CTI e montamos tudo na hora (H2CE5).

Logo, a chegada de novas emergências em momentos de superlotação exige improvisações para a reorganização do ambiente, para que seja possível receber o paciente. Nesse sentido, notou-se a existência de acordos, firmados entre os setores, para o empréstimo de equipamentos sempre que necessário. A existência de tal prática é reforçada pelo reconhecimento de um enfermeiro de que “Às vezes, o Samu (central de remoção) liga avisando que está levando paciente ‘vaga zero’ [...] como aqui é hoje referência para dor torácica, não tem como negar [...]. O problema maior que a gente tem hoje é que temos poucos leitos” (H2CE6). Nota-se, portanto, que a chegada de pacientes pela central de remoção não mantinha relação direta com a quantidade de vagas disponíveis e, por esta razão, pacientes que chegavam sem que houvesse disponibilidade de leitos eram classificados como “vaga zero”. Para atender-lhes, havia a necessidade de promover adaptação do ambiente e, por vezes, reter a maca da remoção no Hospital, para acomodar o paciente enquanto lhe faltasse leito (observação não participante). Tais deficiências são reconhecidas pelos gestores clínicos H2G1, H2G2 e H2G4, sendo que este destaca a existência de fatores dificultadores à adequação do setor, por exemplo, disponibilização de maior quantidade de leitos. Como observado, essa quantidade relacionava-se diretamente com a estrutura e, indiretamente, aos desafios de gestão para garantir que os leitos fossem gerenciados com maior eficiência.

Pelo fato de as improvisações no Hospital H2 terem se mostrado recorrentes, notou-se que o corpo clínico, em especial os enfermeiros, mantinha uma arquitetura informal para a improvisação. Isso porque estes profissionais preparam os ambientes para as improvisações que, segundo supõem, poderão ser necessárias. Essa característica do Hospital H2 denota, por parte do corpo clínico, um comportamento de improvisação proativo previamente à superlotação. Nesse sentido, verificou-se a existência de acordos informais entre os profissionais para garantir as condições necessárias ao atendimento a emergências. Também foi possível notar uma arquitetura pronta para a improvisação. São exemplos disso a disponibilização de leito extra ao perceber a ocupação da capacidade instalada e o armazenamento de materiais para o atendimento de possíveis emergências (observação não participante).

Como observado, mais do que em H1, em H2, ficou evidente que, apesar de a equipe não possuir o conhecimento acerca de qual improvisação seria necessária, havia uma

preparação do ambiente e dos principais recursos para garantir as condições mínimas requeridas para uma improvisação efetiva. Todavia, considerando o fato de que essa arquitetura é organizada informalmente pelo corpo clínico, a troca de equipes de um plantão para o outro fazia com que houvesse realocação de materiais. Isso provocava modificações na arquitetura da improvisação preparada no plantão antecedente. Em função disso, ocorreram situações em que foi necessário providenciar materiais durante as intercorrências (observação não participante). Exemplo nesse sentido ocorreu diante de uma extubação (retirada do tubo orotraqueal) acidental, pelo próprio paciente, na U&E. Até então sedado, o paciente puxou o tubo e passou a dessaturar (reduzir o percentual de O<sub>2</sub> necessário à manutenção da vida). Nesse momento, havia apenas um técnico de enfermagem na sala de emergência e, claramente, a equipe não esperava por aquela intercorrência. Ali, havia apenas uma Unidade Manual de Respiração Artificial (amplamente conhecido como Ambu, que deriva da sigla para *Artificial Manual Breathing Unit*), mas sem bolsa valva-máscara (que acumula o O<sub>2</sub> para que seja possível ofertar oxigênio a 100% ao paciente). Entretanto, o enfermeiro chegou e fez uma improvisação, conectando uma sacola plástica ao Ambu, resolvendo a situação prontamente (observação não participante). Nesse caso, foi possível identificar o uso de bricolagem (LÉVI-STRAUSS, 1966; WEICK, 1993) na resolução de evento inesperado promovido pelo próprio paciente. O enfermeiro envolvido nessa improvisação considerou que, “No Pronto Socorro, temos que estar sempre preparados. A única certeza que temos é que temos que resolver qualquer situação. E isso nos torna mais espertos em identificar soluções rapidamente” (H2CE6). Desse modo, é possível inferir que a vivência de situações diferenciadas e a experiência com improvisações promove aprendizado e desenvolvimento de habilidades no corpo clínico, tornando os profissionais mais resolutivos.

A arquitetura de improvisação também foi relatada por um cirurgião, ao justificar que a tensão que envolve a improvisação relaciona-se a uma limitação: “[...] estar numa situação de dificuldade e o que você tem disponível na mão não dá para poder resolver o problema” (H2CM3). Isso, em sua visão, faz com que a improvisação se torne necessária, acrescentando, porém, que ela ocorre com maior grau de dificuldade. Segundo esse médico, sempre que isso ocorre, há uma preparação para situações futuras: “É lógico que, depois que acabar a cirurgia (que exigiu improvisação), você

vai se preparar para não acontecer de novo e melhorar o seu planejamento para, quando aquilo ocorrer, funcionar melhor da próxima vez” (H2CM3).

Apesar de os canais de comunicação formalmente estabelecidos não parecerem tão consolidados como no Hospital H1, foi possível identificar que as improvisações decorrentes de características da capacidade física da U&E do Hospital H2 eram de conhecimento da gestão intermediária. Este aspecto pode ser constatado a partir do relato de uma enfermeira que, a este respeito, manifestou “A gente tem uma relação bem tranquila com a gestão. Esses problemas são conhecidos, mas, por serem estruturais, vão bem além do que a gente imagina. Então, infelizmente, aqui, a resolutividade não é tão imediata” (H2CE2). Por razões como as apresentadas, as improvisações preponderantes identificadas no H2 estavam voltadas a suprir as deficiências estruturais, relacionadas ao número de leitos e equipamentos disponíveis na U&E (observação não participante).

No Hospital H2, também foram verificadas improvisações clínicas previstas por McKenna, Leykum e McDaniel (2013). Por exemplo, ao discorrer sobre pacientes que internavam e permaneciam por dias sem conclusão do diagnóstico, um médico descreveu que a ausência de diagnóstico é o que “[...] mais angustia um médico” (H2CM4). Referindo-se às tentativas realizadas para tratamento sem planejamento a partir da patologia, o mesmo profissional acrescentou que, “Enquanto você não tem o diagnóstico, você não consegue estabelecer uma linha terapêutica” (H2CM4), visto que a doença ainda não foi identificada. Na ausência de diagnóstico claramente definido, constata-se que o tratamento clínico é repleto de improvisação, baseado em sinais, sintomas e suposição de possíveis diagnósticos, representando, assim, tentativas de solução ao desconhecido, como destaca Weick (1998).

Todavia, assim como observado no Hospital H1, o diagnóstico pode ser insuficiente para previsão do tratamento e evolução dos pacientes, pois estes possuem características e respostas individuais, as quais devem ser consideradas, conforme relata um médico: “Tento individualizar cada caso. Se o paciente está séptico, o Protocolo de Sepsis indica 30ml por kg de soro na primeira hora. Mas se ele tiver uma insuficiência cardíaca grave, eu sei que ele não vai tolerar” (H2CM1). Nessa perspectiva, o mesmo médico argumentou que “É importante tentar tratar o paciente,

ou seja, a patologia dentro daquele paciente, e não aquela patologia isolada” (H2CM1). A visão do entrevistado está em consonância com Batista et al. (2016), para quem, apesar de diretrizes clínicas estabelecidas, a atenção à individualidade deve prevalecer, para garantir o tratamento adequado para cada paciente.

Ao relatar o caso de um paciente com diagnóstico de sepse, febre persistente e sem melhora com o tratamento previsto, um médico do Hospital H2 justificou que, considerando a trajetória desfavorável, optou por realizar uma mudança brusca no tratamento, o que significou “[...] retirar todos os antibióticos por 48 horas, para ver como ele reagiria, e o paciente melhorou” (H2CM1). Nota-se, desse modo, que, mesmo após a consolidação de um diagnóstico com indicação definida de tratamento, a reação pode ocorrer de maneira inesperada, razão pela qual, apesar dos planos preestabelecidos – protocolos, no caso –, a atenção ao paciente e à sua realidade deve prevalecer, conforme frisa Weick (1993). Além disso, é importante salientar que, conforme H2CM1, após a melhora do paciente do caso por ele relatado, houve uma reavaliação das conclusões diagnósticas, resultando na mudança do diagnóstico, que “Foi feito e concluímos que o paciente não estava em sepse. Na verdade, ele estava tendo uma reação sistêmica relacionada aos antibióticos em uso” (H2CM1). O relato desse médico ressalta a limitação da racionalidade humana (SIMON, 1955) na tomada de decisão frente a condições clínicas do paciente.

A limitação da racionalidade humana (SIMON, 1955) identificada na eficácia dos protocolos clínicos consolidados foi evidenciada no exemplo dado por outro médico:

Um exemplo até atual é o próprio uso do corticoide. O corticoide em sepse, acreditava-se que era benéfico. Faziam-se doses altíssimas, em torno de mil miligramas de metilprednisolona. Atualmente, se estabelece que pacientes em sepse se beneficiam com a dose em uso moderado de cortisona (H2CM3).

o caso apresentado ilustra que, por mais que os protocolos sejam baseados em estudos, as conclusões por estes obtidas podem ser modificadas com a realização de novos estudos. O mesmo médico ressaltou que não é raro haver modificações nas diretrizes de protocolos:

Isso tem história... Eu tenho mais de 30 anos na profissão e já vi, várias vezes, situações como essa (referindo-se a mudanças relacionadas à dose de corticoide em casos de sepse). Inicialmente, não se usava. Depois, passaram

a usar. Depois, passaram a usar em dose alta. Depois, foi proscrito. Depois, voltou para os protocolos (H2CM3).

Considerando que a recomendação do protocolo pode ser modificada, esse relato permite inferir que sua utilização não deve se dar de modo não crítico. É preciso que o corpo clínico esteja sempre atento às necessidades, particularidades e respostas clínicas de cada paciente, tal como recomendado por Werneck, Faria e Campos (2009), para os quais o uso de protocolos clínicos deve ser sustentado pela atenção à demanda real, para que proporcione impacto positivo no tratamento dos pacientes.

Outro motivo que impulsiona as improvisações observadas em H1 refere-se à solução de problemas clínicos produzidos pelo próprio corpo clínico, conforme revela o relato de uma enfermeira: “Durante uma angioplastia, ocorreu perfuração do ventrículo [...]. O médico percebeu na hora, falou com a gente que o caso era sério, pediu para acionar a cirurgia cardíaca, disse que seria necessário fazer ali mesmo, e rápido. Daí, foi aquela correria” (H2CE3). Dada a perfuração, foi necessário providenciar a realização de uma cirurgia cardíaca na própria sala de hemodinâmica, fato que, conforme relatou a mesma profissional, nunca havia ocorrido em H2. Seu relato revela que a imprevisibilidade clínica vai além dos fatores identificados no paciente pelos profissionais médicos (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013), mostrando que o corpo clínico, apesar de sua experiência, pode falhar. Todavia, apesar do evento inesperado, a equipe foi capaz de agir de maneira rápida e coerente em prol do melhor resultado para o paciente, conforme evidenciado no detalhamento que a mesma enfermeira apresenta sobre como a improvisação transcorreu:

Fomos até o centro cirúrgico para ajudar a descer com toda a aparelhagem para cirurgia cardíaca. [...] totalmente improvisado! A sala, os materiais... E foi aquela correria! [...] porque, se não, começa a vazar pericárdio e, aí, se o sangue inundar o pulmão, como é que faz? Perde o paciente, né? (H2CE3).

Nota-se, portanto, que o corpo clínico foi capaz de lidar, de modo eficaz, com a incerteza e a complexidade (CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 1999). Do mesmo modo, a atuação dos profissionais foi marcada pela resolutividade, possibilitada pelas relações informais que se sucederam no ambiente, levando todas as equipes a contribuírem para a solução, como Stacey (1996) preconizam que deve ocorrer.

Diante dos casos de improvisação identificados no Hospital H2, destaca-se que, assim como em H1, a improvisação também esteve relacionada à busca por soluções ao inesperado ou ao desconhecido (WEICK, 1998). Porém, observou-se que os imprevistos podem estar relacionados a problemas gerados, não propositalmente, pelo próprio corpo clínico. Todavia, a qualidade da interação entre os profissionais demonstrou ser fator crucial para garantir a resolutividade de problemas cujos impactos são de maior proporção. Essa constatação se relaciona com Cilliers (1999) e Stacey (1996), para quem, em SAC's, os indivíduos possuem a capacidade de auto-organização, ou seja, espontaneamente, podem criar ordem a partir da desordem, por meio de interação e comportamentos coerentes, sem a necessidade de um plano estabelecido.

#### **4.2.3 Análise comparativa das práticas improvisacionais do H1 e H2**

A análise dos dados obtidos por observação não participante, entrevistas com o corpo clínico e análise documental permite notar que, apesar dos diferentes níveis de formalização dos Hospitais investigados, ambos se encontravam perpassados por improvisações, fato que se relaciona com a complexidade e a imprevisibilidade do contexto hospitalar (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013). Todavia, a diferença quanto à formalização foi capaz de influenciar a dinâmica e a característica das interações entre os profissionais e, conseqüentemente, nos tipos de improvisações observados.

No Hospital H1, a formalização mais intensa foi capaz de promover uma interação mais organizada entre os profissionais, de modo a produzir ações coordenadas e obter informações acerca das práticas clínicas realizadas. Com isso, notou-se que as improvisações realizadas para superar as deficiências da organização foram sendo identificadas e minimizadas, reduzindo o índice de improvisações relacionadas à estrutura, tecnologia envolvida, controle de estoque, ou seja, suficiência de recursos e dificuldades de interação. As improvisações de maior prevalência foram as relacionadas com a imprevisibilidade do quadro clínico dos pacientes, denominadas por McKenna, Leykum e McDaniel (2013) como improvisações clínicas.

No Hospital H2, observou-se que as improvisações clínicas ocorreram de maneira similar às de H1. Porém, as improvisações que ocorrem em prol de suprir as deficiências estruturais da U&E despertaram maior nível de atenção, em consequência da lentidão relacionada à correção dessas deficiências. Desse modo, é possível inferir que a proximidade entre a gestão e o corpo clínico pode ser benéfica no sentido de reduzir deficiências e, assim, exigir menor esforço de improvisação dos profissionais para a resolução de problemas que poderiam ter sido previstos. Não se quer dizer que, na ocorrência dessa proximidade, as improvisações deixam de existir, considerando as características de SAC's, em particular, dos hospitais. Porém, observou-se que o envolvimento e a atuação mais presente dos gestores modificou as motivações para as improvisações, que passaram a estar mais voltadas para as reais imprevisibilidades, em especial, relacionadas a fatores intrínsecos ao quadro clínico dos pacientes.

Todavia, pelo fato de os hospitais investigados serem contextos tão diferenciados – o Hospital H1 possui inúmeros protocolos clínicos implementados e monitorados, enquanto, no Hospital H2, eles ainda se encontram em fase de elaboração –, a similaridade das improvisações clínicas se sobressai. Constata-se, a partir disso, que o real benefício dos protocolos clínicos adotados nos hospitais está relacionado com a gestão da prática clínica, provisionamento de custos e alinhamento entre as áreas do hospital para garantir a fluidez do atendimento, sem tanto impacto na prática clínica em si, como fica evidenciado no relato de um médico:

Na verdade, os protocolos clínicos que realmente são seguidos são as grandes diretrizes, baseadas em estudos randomizados que se tornam recomendação para aquela determinada patologia. [...] os protocolos clínicos desenvolvidos pelo hospital estão mais relacionados em trazer isso (referindo-se às diretrizes-bases) para esse contexto, correlacionando com materiais, equipamentos necessários e um fluxo organizado (H1CM1).

Logo, é possível inferir que a prática clínica tem como base a formação técnica do corpo clínico, considerando os estudos que surgem e se tornam diretrizes e recomendações internacionais para a patologia em questão, combinadas com as particularidades de cada paciente. Desse modo, os protocolos clínicos são utilizados pelo corpo clínico como estrutura mínima nos termos de Weick (1998) e Cunha, Cunha e Kamoche (2001). Nota-se, ainda, que os protocolos clínicos desenvolvidos

internamente em hospitais estão mais relacionados com interesses voltados à organização do processo interno do que com os de natureza essencialmente clínica.

Retomando a discussão sobre o conhecimento que dá base à improvisação, não apenas o de caráter técnico é relevante, como também aquele que diz respeito ao ambiente organizacional e suas características e, ainda, às especificidades do paciente, conforme argumenta um enfermeiro do Hospital H2: “Se o profissional não conhecer o setor em que trabalha e o paciente que ele está atendendo, eu acho que ele não vai conseguir nem improvisar. Eu acho que ele vai ficar perdido e, aí, vai ser um desastre! Improvisar não vai adiantar” (H2CE8). Assim, as ponderações acerca do contexto, da doença e do paciente permitem criar uma ação coerente com a necessidade deste e alinhada com as normas e possibilidades do contexto organizacional.

Em outra direção, percebeu-se que, apesar do aprendizado inicial necessário para promover as improvisações de maneira coerente, estas também são fontes de aprendizado, como afirmam Cunha, Cunha e Kamoche (1999), ao destacarem a relação mútua entre aprendizagem e improvisação. A afirmação de um médico ilustra isso, ao sublinhar que, durante a improvisação, “A experiência junta com a falta de recurso. No final das contas, é você com o que você tem [...] E você vai adquirindo experiência e habilidade para lidar com os mais diversos tipos de situações” (H2CM7). Sua afirmação permite compreender que a concepção de improvisação envolve a experiência que o profissional possui, como também o torna mais experiente, aumentando sua capacidade em lidar com situações diferenciadas. Nesse sentido, quanto maior a experiência do corpo clínico, maior a assertividade nas condutas e a capacidade de adaptação das ações a contexto e tempo específicos, reforçando as constatações feitas por Weick (1998) e Schon (1983).

Outro aspecto a ser ressaltado na relação entre experiência, aprendizado e improvisação é que a primeira reduz a ansiedade diante de eventos futuros, favorecendo uma atuação mais lógica e coerente, como reconheceu um enfermeiro: “A improvisação tem muita tensão envolvida, mas você começa a compreender que é capaz de reverter situações que evoluiriam de forma negativa e isso te dá mais segurança diante das adversidades [...] de modo geral, você aprende a ir além”

(H1CE4). Outro enfermeiro, por sua vez, salienta a relevância de se manter a calma em situações que requerem improvisação: “Não só manter a calma, mas passar para a equipe que você está calmo. Se você deixar transparecer a tensão por não saber o que fazer, aí, tudo desanda, porque o estresse toma conta da situação” (H2CE1). Um terceiro enfermeiro reforça a necessidade de dar atenção a tal aspecto: “Não adianta se desesperar. Tudo piora, se você não conseguir manter a calma e conduzir a situação com tranquilidade” (H1CE3). Logo, em H1 e H2, os profissionais do corpo clínico chamam a atenção para a importância do equilíbrio emocional, o que corresponde à capacidade de, diante de uma situação adversa, analisar as necessidades, possibilidades e possíveis resultados. Esse comportamento foi apontado pelo corpo clínico como fundamental para garantir melhores resultados em uma improvisação, pois permite raciocinar e conseguir direcionar a equipe para resolver a situação.

Foi possível notar, ainda, que, em ambos os hospitais, havia por parte dos gestores o reconhecimento de que, mesmo diante de protocolos, era preciso fazer ajustes, conforme as especificidades de cada paciente. Essa constatação pode ser observada no relato de um gestor clínico do Hospital H2: “O fato de você poder improvisar é o que essencialmente diferencia o humano de um robô dentro de uma atividade. [...] A improvisação se trata da capacidade de lidar com uma situação inesperada, analisar e tomar uma providência” (H2G1). Um gestor clínico do Hospital H1 corrobora tal entendimento, ao afirmar que “Os protocolos são criados com base na técnica operatória já consolidada em cada cirurgia, que já descreve os principais atos. Mas é claro que, nesses atos, em alguns pacientes, você encontra alguns achados, que exigem tomar uma outra conduta” (H1G2).

Nota-se, portanto, que os gestores de ambos os hospitais reconheciam a necessidade de improvisações clínicas, em função das especificidades de cada paciente, assim como das imprevisibilidades relacionadas ao desdobramento de seu quadro clínico. Nesse sentido, é possível constatar que os protocolos clínicos são considerados como uma estrutura de base, a qual deve ser complementada pelo corpo clínico, de acordo com as necessidades individuais dos pacientes, correspondendo a uma estrutura mínima, nos termos de Cunha, Cunha e Kamoche (2001). Além disso, os relatos de

gestores dos dois hospitais permitem classificar as improvisações clínicas como improvisações gerenciadas, tal como definido por Cunha et al. (2014).

No Quadro 8, são destacadas as principais práticas de improvisação identificadas nos Hospitais investigados.

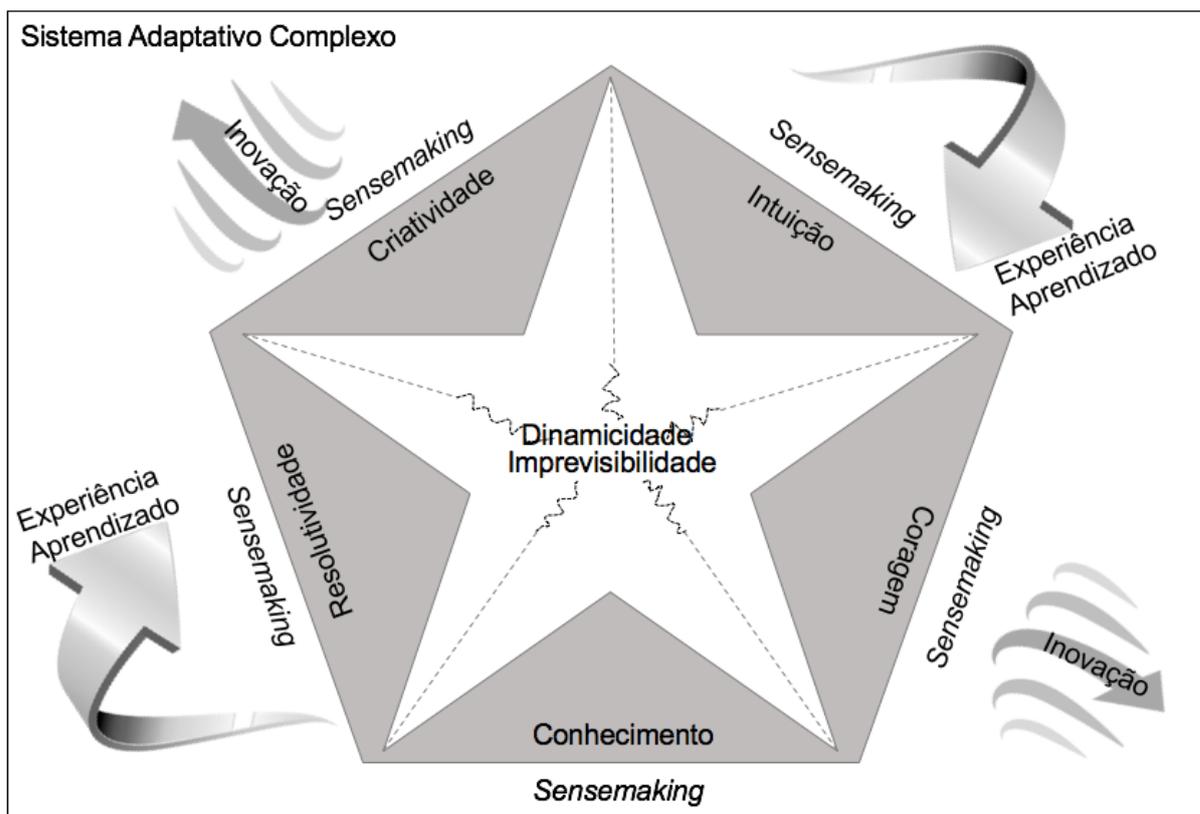
### Quadro 8 – Convergências e divergências nas práticas de improvisação dos Hospitais H1 e H2

Aspectos	Hospital H1	Hospital H2
Improvisações identificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Improvisações para solucionar imprevistos</li> <li>• Improvisações clínicas</li> <li>• Bricolagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Improvisações para solucionar imprevistos</li> <li>• Improvisações clínicas</li> <li>• Bricolagem</li> </ul>
Principais motivações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação para eventuais improvisações futuras (arquitetura de improvisação)</li> <li>• Intercorrências relacionadas ao mau funcionamento de materiais e equipamentos durante os procedimentos</li> <li>• Ausência de diagnóstico claramente definido</li> <li>• Imprevisibilidade na resposta dos pacientes</li> <li>• Aprimoramento da performance profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação para eventuais improvisações futuras (arquitetura de improvisação)</li> <li>• Deficiências de materiais e equipamentos relacionados à capacidade instalada da U&amp;E</li> <li>• Ausência de diagnóstico claramente definido</li> <li>• Erros e falhas dos profissionais na prática clínica</li> <li>• Aprimoramento da performance profissional</li> </ul>
Constructos identificados nas improvisações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sensemaking</i></li> <li>• Criatividade</li> <li>• Intuição</li> <li>• Bricolagem</li> <li>• Aprendizado</li> <li>• Inovação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sensemaking</i></li> <li>• Criatividade</li> <li>• Intuição</li> <li>• Bricolagem</li> <li>• Aprendizado</li> <li>• Inovação</li> </ul>

Fonte: dados da pesquisa.

Na Figura 1, é apresentado um esquema com as principais características da improvisação na prática clínica.

**Figura 1 – Características da improvisação na prática clínica**



Fonte: elaborada pela autora.

A Figura 1 exemplifica uma situação em que a dinamicidade e a imprevisibilidade geram turbulência e instabilidade situacional, com a qual o corpo clínico precisa lidar. Nesse sentido, o corpo clínico utiliza a intuição a coragem o conhecimento a criatividade e a contínua busca por resolutividade para eliminar a turbulência situacional e re-estabilizar o ambiente por meio da ação improvisada. Essa reestabilização, pode ser observada por meio dos traços turbulentos que saem do centro da estrela e se estabilizam ao decorrer de suas faces. A ação improvisada é permeada por sensemaking acerca do problema do paciente, das condições organizacionais existentes e do setor, remetendo ao termo *strategy just-in-time*, utilizado por Weick (1987) como resultado do sensemaking e ação, para se referir a ações dinâmicas que promulgam a resolução. Essa situação vivenciada promove experiência e aprendizado aos envolvidos e emana inovação.

Por analogia, a Figura 1 identifica os aspectos presentes na prática improvisacional representados por cinco faces de uma estrela, que se unem para o surgimento de uma

ação improvisada. A estrela, como um objeto incandescente, emana inovação. No entanto, parte dessa energia emanada, especificamente a experiência e o aprendizado, retorna para realimentar a estrela, de modo a manter sua existência e aumentar a sua luminosidade. Pode-se perceber que a experiência e o aprendizado são claros elementos da improvisação que contribuem para a melhoria na prática clínica.

Verificou-se que o contexto diferenciado dos dois Hospitais investigados influenciou a motivação das improvisações manifestadas em cada um, as quais se encontram classificadas de acordo com a tipologia das improvisações, segundo a literatura (Quadro 9).

**Quadro 9 – Tipologias de improvisação nos Hospitais investigados**

Tipos de improvisação	Hospital H1	Hospital H2
<i>Ad hoc</i> (CUNHA et al., 2014)	Motivada por eventos inesperados. Representa improvisações comuns e de menor proporção.	Motivada por eventos inesperados. Representam improvisações comuns e de menor proporção.
Ocultas (CUNHA et al., 2014)	Presente por meio de regras e padrões bem estabelecidos, que inibem o desvio em relação aos protocolos clínicos.	Menos presente em função da ausência de padrões bem estabelecidos.
Provocativa (CUNHA et al., 2014)	Não identificada. Porém, os gestores relataram resistência ao implementar os protocolos clínicos.	Não identificada. Porém, os gestores relataram resistência ao implementar mudanças.
Gerenciada (CUNHA et al., 2014)	Ocorre durante a execução dos protocolos clínicos, para a individualização do tratamento.	Ocorre durante a execução dos protocolos clínicos, para a individualização do tratamento e para suprir as deficiências de infraestrutura.
Clínica (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013)	Ocorre no intuito de oferecer o melhor tratamento para o paciente, considerando suas necessidades específicas e sua individualidade.	Ocorre no intuito de oferecer o melhor tratamento para o paciente, considerando suas necessidades específicas e sua individualidade.

Fonte: dados da pesquisa.

Constatou-se, portanto, que, apesar das diferenciadas práticas de gestão clínica, a improvisação se revelou presente na prática clínica dos dois hospitais, confirmando o entendimento de Batista et al. (2016) de que as práticas de gestão da prática clínica

não são capazes de inibir o imprevisto e a necessidade de improvisação em hospitais, influenciando apenas sua expressão formal.

Além das formas de improvisação apontadas no Quadro 9, este estudo identificou nos Hospitais investigados outras manifestações. Tanto em H1 quanto em H2, notou-se a existência de arquitetura de improvisação e improvisação por performance. Em suma, a arquitetura da improvisação se refere a improvisações com grau de dificuldade que geraram aprendizados para situações futuras, para as quais a equipe pode se preparar a partir da improvisação, resolvendo-as mais facilmente.

As improvisações por performance, por sua vez, foram aqui definidas como aquelas em que o corpo clínico está em uma situação ideal, sobre a qual tem total controle, e que, por opção, decide diferenciar a prática clínica para aprimorar a técnica até então utilizada, reduzir o tempo do procedimento ou melhorar o resultado para o paciente (observação não participante). Nesse sentido, esse tipo de improvisação associa-se a uma mudança que é própria do aprendizado individual, ocorrendo conforme o corpo clínico desenvolve maior aptidão e conhecimento em relação aos procedimentos, por exemplo. A improvisação, nessas situações, ocorreu no sentido de inovar as práticas em busca de melhores resultados.

Nessa direção, notou-se que os profissionais do corpo clínico realmente representam o comportamento de agentes de SAC, pois aprendem e evoluem continuamente, desenvolvendo novos padrões de ação e comportamento, o que proporciona novidade, surpresa e imprevisibilidade (PASCUCI, 2011). Tal constatação corrobora a afirmação de Dias, Meyer e Mamédio (2018) de que soluções obtidas por meio de improvisação são, também, ricas fontes de experiências e diversidade, sendo consideradas, portanto, elemento fundamental para o aprendizado organizacional. Em via semelhante, Cunha, Cunha e Kamoche (1999) sublinham que um dos resultados da improvisação é o aumento da capacidade de lidar de modo eficaz com a incerteza e a complexidade.

O alcance desse resultado fica evidenciado na afirmação de um cirurgião: “Você muda muito com o passar do tempo. Inicialmente, você segue os protocolos, mas, depois, você percebe que consegue pular algumas etapas para beneficiar diretamente o

paciente” (H2CM8). Para o profissional em questão, “pular algumas etapas” relaciona-se, por exemplo, com a redução do tempo de cirurgia, que pode favorecer seus pacientes, pois também reduz o risco de infecção. Além disso, a motivação subjacente ao “pular etapas” se mostra relacionada à busca individual por melhor performance profissional.

#### 4.3 RELAÇÃO ENTRE E RACIONALIDADE E IMPROVISAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

A racionalização das práticas trouxe melhoria aos hospitais. Essa afirmação corrobora Gomes et al. (2015) e é reforçada pelos relatos dos médicos Nefrologista (H1CM8) e o cirurgião geral (H2CM5). O primeiro reconheceu que “Muita coisa melhorou de lá (referindo-se ao período anterior à certificação) para cá. Hoje em dia, não falta mais material, os gestores estão mais atentos [...] hoje, você passa por alguma dificuldade e você sabe que amanhã essa falha já estará sendo corrigida” (H1CM8). Um médico de H2, por sua vez, assim considerou: “Ah, nós já tivemos que improvisar muito! Hoje em dia, está tudo mais tranquilo” (H2CM5). Infere-se, a partir disso, que, em ambos os hospitais, a racionalização foi capaz de reduzir as práticas improvisacionais passíveis de planejamento. O interesse em reduzir a necessidade das improvisações está na impossibilidade de prever seus resultados (LEONE, 2010), que podem envolver riscos (GIUSTINIANO; CUNHA; CLEGG, 2016).

O relato de outro médico exemplifica um caso de improvisação que não mais tem sido necessária atualmente:

Eu tive um caso em que o paciente chegou baleado e estava “chocado” [...] no banco de sangue não tinha o sangue do paciente, então nós pegamos o sangue que drenamos do tórax dele e reinfundimos no paciente [...]. Hoje em dia, o estoque de sangue no banco de sangue é muito melhor gerenciado e as transfusões exigem controles muito mais rigorosos (H2CM6).

A ausência de tipagem sanguínea compatível com a do paciente, ou seja, a falta de um recurso fundamental para a manutenção da vida, exigiu medidas extremas do corpo clínico. O caso de autotransfusão relatado envolveu riscos para o paciente, em especial o de embolia. Porém, segundo o médico que relatou o caso, “o paciente já estava ‘chocado’” (H1CM6), ou seja, sua pressão arterial era incompatível com a vida,

exigindo uma medida extrema para não “perder o paciente” (H1CM6). Nesse caso, observou-se que a improvisação envolveu a análise do risco *versus* benefício, conhecimento técnico e comprometimento com a tentativa de salvar a vida do paciente. Essa constatação foi reforçada quando outro médico assim afirmou: “Tem aquele ditado que diz ‘a necessidade faz o sapo pular’. [...] tem muita coisa que a gente faz na hora da necessidade” (H2CM5).

Analisando-se o caso relatado pelo médico H2CM6, é possível notar que esse tipo de improvisação deixou de acontecer em função de dois fatores: melhor gerenciamento da logística e dos estoques do banco de sangue e medidas de controle mais rigorosas. Logo, percebe-se que a racionalização da prática clínica reduz a necessidade de improvisação. Isso ocorre, por um lado, porque evita situações extremas que poderiam exigir que o corpo clínico improvise e, por outro, porque a existência de controles rigorosos inibe e até impede improvisações.

No que tange à redução da necessidade de improvisação, nota-se uma correlação favorável com o processo de racionalização das práticas em ambos os hospitais. Com isso, pode-se observar que a melhoria da gestão vem sendo impulsionada por estímulos externos, como certificações, regulamentações e legislações que impulsionam a busca pela qualidade e segurança do paciente, agregando melhorias à gestão hospitalar, corroborando Gomes et al. (2015). Melhorias no gerenciamento dos estoques, introdução de novas tecnologias – como exames, materiais específicos, monitores cardíacos – e informatização dos processos e do prontuário do paciente foram observados em H1 e H2.

O relato a seguir, de um gestor clínico do Hospital H1, sublinha a necessidade de combinação de inúmeros fatores para o alcance da efetividade clínica:

A assistência a um paciente doente pode ser de baixa complexidade à alta complexidade e, por trás desse atendimento, há uma série de pessoas, com saberes diferentes, equipamentos de alta tecnologia... Ou seja, há um aparato muito grande por trás disso. E os protocolos vêm tentando planejar esse atendimento da melhor maneira possível (H1G4).

A partir do relato, infere-se que a implementação de protocolos clínicos pela gestão tem o intuito de melhorar o planejamento da assistência, reforçando as constatações de Gomes et al. (2015), Victor e Marco (2004), Boxwala et al. (2001) e Santiago (2004).

A ocorrência mais recente de casos exigindo medidas extremas, como o de autotransusão, lembrado por H2CM6, não foi identificada em nenhum dos hospitais envolvidos neste estudo. No Hospital H1, outro caso de improvisação sinalizado por um nefrologista, também registrado em tempos passados, diz respeito aos equipamentos utilizados, os quais, antes, exigiam improvisações do corpo clínico para suprir suas deficiências:

Na época que os respiradores eram só mecânicos, (havia) uma válvula que fechava e abria um circuito. A gente improvisava, conectando um tubo na saída do respirador e mergulhava a ponta no soro. Com isso, criava uma resistência para não colabar [...]. É o mesmo princípio que o respirador faz hoje, mas, lá atrás, foi improvisado (H1CM8).

Se as condições dos equipamentos usados no passado exigiam improvisações para garantir um bom funcionamento, com a introdução de novas tecnologias, tais práticas deixaram de ser necessárias, pois, como reconheceu outro médico, “Hoje em dia, é tudo muito melhor! Os equipamentos mais novos permitem uma sensibilidade maior durante o procedimento, o que facilita e também reduz a chance de intercorrências” (H1CM6). Paralelamente ao fato de que as condições dos hospitais não mais exigem que os profissionais realizem improvisações com a frequência com que elas eram necessárias no passado, notou-se o sentimento de maior segurança para a realização dos procedimentos e, inclusive, maior segurança para o paciente. Esse é um ponto relevante, pois, conforme observou Leone (2010), por não ser passível de planejamento e análise antes de sua ocorrência, a improvisação envolve riscos, caso seus resultados não sejam benéficos.

Em função disso, as improvisações podem indicar à gestão o que não se encontra previsto ou adequado para atender às possíveis demandas, como explicitado por um médico do Hospital H2:

Não tem como dizer que não há improvisação. Tem e tem muito, mas não é o ideal. Aos poucos, o que inicialmente foi improvisado vai sendo aprimorado, até que não seja mais improvisação [...]. Na minha opinião, se não for caso de extrema necessidade, não vejo por que arriscar (H2CM2).

Observou-se que, à medida que demandas imprevistas surgem e são solucionadas via improvisação, podem perder a previsibilidade, passando a ser consideradas no planejamento. No que diz respeito a essa dinâmica, nota-se, a partir dos relatos

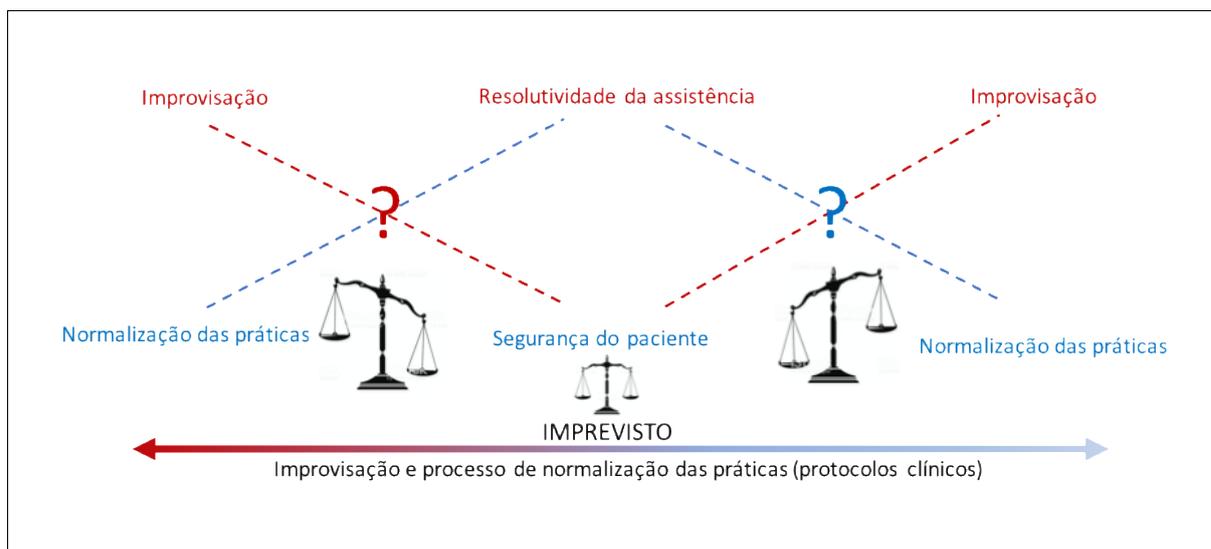
destacados, que ambos os Hospitais investigados passaram por desenvolvimento e melhorias nos últimos tempos, sugerindo ter havido o entendimento de que, conforme destacado no relato apresentado, se a improvisação pode representar riscos, em especial para o paciente, deve se basear estritamente em uma necessidade.

Adotada quando há insumos necessários, diagnóstico claro ou quando os pacientes respondem conforme o previsto, em vez de uma necessidade, a improvisação pode representar um desejo individual, ou, ainda, demasiada autoconfiança profissional, podendo provocar situações arriscadas, ao desconsiderar os princípios básicos de segurança, como um “otimista imprudente”, nos termos de Giustiniano, Cunha e Clegg (2016). Desviando-se desta conduta, uma enfermeira aconselha que, “Quando for necessário improvisar, penso que temos que parar para refletir [...]. Digo isso no sentido de tentar eliminar a necessidade de improvisação em contextos similares, ou realizar de modo mais assertivo da próxima vez” (H1CE7).

Sobre a inibição e até impedimento de improvisações pelo rigor no controle, verificou-se que, à medida que os hospitais formalizaram seus processos, foram criados mecanismos para estimular que o planejamento fosse seguido, em consonância com os achados de Cunha, Cunha e Clegg (2009). A racionalização da prática clínica, portanto, envolveu burocracias, usadas para inibir desvios dos trajetos previstos. Tal fato foi identificado especialmente no Hospital H1, em que os caminhos indicados pelo protocolo clínico são facilitados, e os desvios, dificultados. Por exemplo, solicitações, pelo médico, de exames laboratoriais e liberação dos insumos sem que estes estejam previstos nos protocolos exigem prescrições e justificativas formais (observação não participante).

Na Figura 2, apresenta-se, figurativamente, a relação de equilíbrio e desequilíbrio existente entre a normalização das práticas e a improvisação para resolutividade da prática clínica em situações que a segurança do paciente se encontra desfavorecida.

**Figura 2 – Relação entre a normalização das práticas e a improvisação**



Fonte: elaborada pela autora.

A Figura 2 destaca o contínuo desequilíbrio entre resolutividade da assistência e normalização das práticas, devido ao imprevisível. Portanto, o contexto pode encontrar equilíbrios temporários ou específicos, mas, o equilíbrio linear, completo e definitivo não é possível. Com isso, parece imprescindível para a gestão clínica reconhecer que a improvisação não é passível de ser eliminada (GIUSTINIANO; CUNHA; CLEGG, 2016), especialmente por razões decorrentes do quadro clínico do paciente, que também é fonte de imprevisibilidade (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

Percebeu-se, portanto, que a existência de burocracias nos processos relacionados a práticas clínicas desestimula a improvisação e, também, seu compartilhamento. Logo, o aprendizado proveniente das improvisações, intensamente presente e relevante, tanto para o aprimoramento das práticas quanto ao desenvolvimento de habilidade para lidar com o inesperado, não chegou a alcançar o nível organizacional. Os dados analisados indicam que o aprendizado se disseminou entre os grupos de maior convívio social. Isso pode ser justificado pelo receio de o corpo clínico manifestar as improvisações e pelas características de SAC's, hospitais são contextos que em que o aprendizado ocorre por meio de observação, diálogo, participação conjunta de procedimentos e tomada de decisão (STACEY, 2000), ou seja, por meio da prática (GHERARDI; NICOLINI E ODELLA, 1998). Porém, apesar disso, o aprendizado

ocorre de maneira limitada entre os grupos de maior convívio social, ou equipes, não alcançando a amplitude organizacional. Desse modo, a maneira como o corpo clínico aprende e, por consequência, se desenvolva de maneira distinta entre si, aumenta ainda mais a complexidade do contexto e os desafios de coordenação. O relato a seguir exemplifica a maneira como ocorre o aprendizado nos hospitais:

Quando você está aprendendo, você se pergunta: “por que meu resultado não é igual ao dele, se eu faço a mesma coisa?” Mas você não faz igual, você acha que faz. [...] não tem como explicar, só observando e tentando. De repente, a habilidade surge e você consegue fazer (H1CM2).

O aprendizado do “pulo do gato”, como definiu o cirurgião cardíaco (H1CM2), não é, na sua avaliação, algo que seja possível ensinar aos profissionais menos experientes. Tampouco é algo aprendido de imediato, exigindo observação e persistência para que seja possível alcançar um melhor resultado. Enquanto o relato deste profissional reforça que o aprendizado ocorre também por meio da observação, outro médico acrescenta que a interação durante a cirurgia compensa as limitações e promove o aprendizado: “A vantagem é que você não opera sozinho. Então, sempre vai ter alguém compensando tua falência e você compensando a dele [...] você mostra o que ele pode melhorar. [...] operar com outros cirurgiões sempre favorece o aprendizado” (H2CM8). Nota-se, portanto, que o aprendizado é intensamente divulgado entre os grupos, mas não alcança a gestão, o que compromete que ele se transforme em aprendizado organizacional. Essa característica se relaciona com o conceito que Stacey (1996) denominou *shadow system*, representando a existência de uma espécie de sombra do sistema formal.

Todavia, a complexidade e dinamicidade do próprio contexto hospitalar também podem comprometer o aprendizado entre os grupos, como se pode depreender do relato de um enfermeiro: “Na hora do corre-corre, às vezes, você até chama atenção, mas não consegue explicar. [...] esse diálogo nem sempre acontece. Às vezes, tem tanta coisa para fazer, que você se dispersa e não comenta mais” (H1CE1). O profissional reconhece, portanto, que a comunicação adequada para promover o aprendizado dos que são menos experientes nem sempre é oportuna. Nesse sentido, apesar de os profissionais aprenderem e evoluírem continuamente como agentes de SAC que são (PASCUCI, 2011), as características que conferem complexidade aos

hospitais também podem dificultar que os acontecimentos sejam devidamente abordados.

Notou-se, entretanto, que os aprendizados obtidos por meio da improvisação mostraram-se possíveis fontes de inovação, pois, conforme indicou um médico, “As improvisações bem-sucedidas trazem uma gama de novas possibilidades” (H1CM6). Outro médico relatou que já aprimorou sua técnica cirúrgica inúmeras vezes após identificar que algumas mudanças lhe trouxeram melhores resultados (H2CM8). Logo, o aprendizado obtido por meio das improvisações, em especial o aprendizado por performance, é capaz de promover o aprimoramento e até mesmo a inovação da prática clínica.

Outros relatos destacaram algumas improvisações que ocorreram na história da prática clínica e ainda eram utilizadas à época deste estudo, como “[...] o uso de *Super Bonder* (cianoacrilato) na sutura das cirurgias plásticas” (H1CM3) e “[...] o guia de entubação orotraqueal” (H1CM5). Além disso, algumas improvisações relatadas foram incorporadas pela indústria tecnológica, como pode ser identificado no relato a seguir, referente à terapia *vacuum-assited closure* (VAC)<sup>6</sup>:

Hoje, também tem o VAC, que pessoas faziam com saco coletor de urina, aquele de silicone que vem estéril... Vedava a barriga, colocava umas mangueirinhas multiperfuradas, com furos feitos com tesoura estéril mesmo, e colocava para drenar no vácuo, com uma pressão tupiniquim (H1CM3).

Assim, inovações podem surgir na prática clínica por meio da improvisação, corroborando com Weick (1998). Neste aspecto, a análise permitiu inferir que os hospitais carecem de mecanismos para obter, reter e promover o conhecimento e, por consequência, o aprendizado em nível organizacional. Esse aprendizado pareceu ser pouco explorado pela gestão e poderia impulsionar o aprimoramento dos protocolos clínicos e até mesmo gerar inovações na prática clínica.

Nesta perspectiva, a combinação de arte e técnica, experiência e aprendizado no aprimoramento das práticas clínicas, tanto do ponto de vista técnico quanto no que se

---

<sup>6</sup> A terapia VAC é um tratamento para feridas com o intuito de acelerar o processo de cicatrização. Consiste em um equipamento de alta tecnologia que aplica uma pressão subatmosférica. É utilizada uma espuma ajustada ao tamanho da ferida, coberta por um filme transparente, conectada um tubo que liga a espuma ao equipamento e este ao reservatório que armazena o exsudato (secreção).

refere ao comportamento dos profissionais, reforçam os desafios de controle da gestão clínica. Por esta razão, administrar organizações hospitalares segue sendo um desafio aos seus gestores, em razão de sua complexidade, de seus objetivos altruísticos - promover a saúde e salvar vidas, da diversidade dos profissionais da saúde, com suas especialidades e da autonomia relativa desses profissionais, assim como fatores inesperados que surpreendem aos profissionais exigindo respostas urgentes.

Vale ressaltar que a improvisação, principalmente a que se dá por performance, é realizada de maneira individual, sem conhecimento ou apoio da gestão e, inclusive, sem o apoio do próprio corpo clínico (observação não participante). Exemplo que confirma essa constatação foi observado quando um médico revelou que “Esse tipo de coisa, você faz para resolver a situação. Dependendo do caso, você até comenta com algum colega, mas você precisa saber que sempre que expõe (a improvisação realizada) está sujeito a julgamentos” (H2CM5). Há, portanto, o receio do profissional em divulgar as improvisações, considerando que poderá ser julgado por isso, o que permite inferir que não há apoio social para a improvisação. Tal observação é reforçada com o relato de um médico do Hospital H1: “como as improvisações são feitas especificamente para aquele momento e para aquele paciente, é algo muito artesanal. Não vale a pena expor e discutir isso amplamente” (H1CM7). Por não serem apoiadas, as práticas improvisacionais acabam não sendo divulgadas em nenhum dos hospitais investigados. Portanto, constituem-se como improvisações ocultas, nos termos de Cunha et al. (2014), sem evoluir, desse modo, para o aprendizado organizacional.

Além do receio de julgamento social, evidenciado nos relatos destacados, o corpo clínico reconhece que a improvisação envolve duplo risco: para o paciente, mas, também, para os profissionais. Geralmente, as ações improvisadas surgem em alguma situação de extrema necessidade, que não permite um planejamento adequado. Não são, desse modo, a primeira escolha na prática clínica, visto que, diante de situações convencionais, é mais seguro seguir pelo caminho com resultados conhecidos. Além disso, por iniciativa do próprio corpo clínico, improvisações, frequentemente, são sucedidas por reflexão e outras ações que favoreçam a tomada de decisão em situações futuras.

Além dos riscos para o paciente, a improvisação envolve também riscos profissionais, como sublinharam Batista et al. (2016), ao afirmar que a improvisação, mesmo que bem-intencionada, pode ser interpretada como uma escolha de risco frente ao que se encontra formalmente estabelecido pelos protocolos clínicos. Esta possibilidade foi sublinhada por um médico, ao discorrer sobre a judicialização da saúde evidenciada atualmente:

Quando há um protocolo a ser seguido, mas optou-se por não o seguir [...], sabe-se que, caso a família judicialize, esses casos podem ser indefensáveis. Temos que considerar que a judicialização na saúde está se tornando cada dia mais frequente e que a área jurídica tem considerado os protocolos clínicos na avaliação dos casos (H1C10).

Logo, é possível aventar que o cumprimento dos protocolos clínicos pode não estar relacionado somente com o tratamento clínico do paciente, mas, também, com proteção jurídica, como observaram Batista et al. (2016). Todavia, vale ressaltar que, apesar dos riscos e da racionalização das práticas, os ajustes improvisacionais para atender às singularidades situacionais e dos pacientes continuam presentes na prática clínica dos dois Hospitais investigados, independentemente das diferenças entre ambos (observação não participante), o que está em conformidade com os achados de Batista et al. (2016). O relato de um médico reforça essa constatação, e, ainda, demonstra que a improvisação não deve ser inibida quando se mostra necessária: “Eu vejo a improvisação como um procedimento invasivo, tem riscos e deve ser evitada sempre que possível, porém, deve ser prontamente realizada quando necessário” (H2CM2). Este relato, portanto, sugere que, diante de determinadas situações imprevistas, sem a capacidade de improvisar, atenta-se contra a segurança do paciente. Essa perspectiva confirma o que asseveraram Batista et al. (2016), a saber, que, apesar de sistematizada, a prática clínica não se resume a uma ciência puramente racional.

Em ambos os Hospitais, percebeu-se que o envolvimento e participação da gestão reforçaram a prática do planejamento, disponibilizando recursos, materiais e equipamentos que pudessem ser necessários e até mesmo um fluxo que favorecesse uma conduta clínica mais planejada. Porém, a natureza, a complexidade e a dinâmica dos serviços de saúde impedem que ocorra total controle, padronização e previsibilidade sob tais aspectos (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

Portanto, os gestores e o corpo clínico necessitam estar alinhados e conectados, para promover melhorias que reduzam a necessidade de improvisação. Devem compreender, porém, que não é possível eliminá-la em contextos complexos, como é o caso das instituições hospitalares. Considerando isso, no relato a seguir, uma enfermeira frisou que nem sempre a preparação para a ocorrência da improvisação é capaz de gerar melhorias necessárias, podendo ocorrer o contrário:

Nem sempre o que aconteceu (durante a improvisação) vai promover toda a melhoria necessária. O que promove mesmo é a experiência [...]. Daí, se eu fosse montar a sala para todas as possíveis intercorrências e deixar os materiais para possíveis improvisos, não teria espaço nem para o paciente (H2CE3).

Exemplifica-se, assim, a impossibilidade de estruturar ambientes prevendo todas as possibilidades de improvisações. A profissional também acrescentou que situações com baixa probabilidade de reincidência contribuem apenas para elevar a experiência dos profissionais envolvidos, que têm a possibilidade de se preparar para agir com mais assertividade em situações semelhantes que venham a ocorrer. A mesma enfermeira destacou ainda que existem planos de contingências descritos que preveem o suporte dos setores de apoio quando necessário. Porém, apesar da existência desses planos, frisou que

Não tem como isso estar muito descrito, e, mesmo que esteja, quem vai olhar o papel (na hora em que o imprevisto ocorre)? Então, isso é definido de forma mínima e o relacionamento (entre os profissionais) conta muito [...]. Como isso vai acontecer... Vai mais no improviso mesmo (H2CE3).

O relato permite compreender que planejamentos com elevado grau de detalhamento podem não ser tão facilmente aplicados no cotidiano, visto que a dinamicidade se intensifica diante de intercorrências e os documentos, provavelmente, não serão acessados. Diante da tensão do inesperado, a interação informal e a cooperação de outros profissionais emergem como determinantes para a resolução efetiva (observação não participante). Em H1 e H2, a qualidade da interação dos profissionais mostrou-se fundamental para promover a ordem a partir da desordem, corroborando Stacey (1996) e Cilliers (1999).

Assim, foi possível inferir que os planos contingenciais previstos correspondem a estruturas mínimas, que, associados com a flexibilidade e a competência dos

profissionais, foi capaz de promover a improvisação para lidar com o imprevisto, como afirmaram Cunha, Cunha e Kamoche (2001) e Cunha (2002).

Considerando as situações observadas nos dois contextos estudados, constatou-se que o controle, padronização e racionalidade se utilizados em excesso podem produzir efeitos contrários ao esperado. Portanto, em conformidade com o que afirmam Werneck, Faria e Campos (2009), o adequado seria que o desenvolvimento da gestão e a racionalização das práticas permitisse o uso crítico dos protocolos clínicos, deixando espaços para a improvisação quando esta mostrar-se necessária. Assim, apesar de a racionalidade e a improvisação serem frequentemente referidas como lógicas conflitantes (GIUSTINIANO; CUNHA; CLEGG, 2016), verificou-se que se mostram como duas faces de uma mesma moeda. Portanto, encontrar o equilíbrio entre essas duas vertentes é essencial, visto que, no contexto hospitalar, a imprevisibilidade pode estar relacionada tanto à não linearidade das interações quanto ao desdobramento do quadro clínico dos pacientes (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

A racionalidade representada pelo uso dos protocolos clínicos e a improvisação foram observadas nos contextos hospitalares investigados de maneira combinada e complementar. Ambas se mostraram relevantes para o alcance dos resultados esperados com o paciente e, conseqüentemente, para o desempenho da organização hospitalar. Sob esta perspectiva, as características da complexidade organizacional necessitam ser considerados, de modo a não inibir a riqueza analítica proveniente das interações entre os integrantes do corpo clínico nos hospitais (DIAS; MEYER; MAMÉDIO, 2018), pois, conforme enfatizou um gestor clínico, “Na assistência, nós temos muitas variáveis (imprevistas). Então, é necessário estar atento. Dificilmente iremos conseguir planejar cada detalhe” (H2G2). O relato destacou que o planejamento da prática clínica deve ser realizado com cautela, visto que o planejamento dos detalhes pode inviabilizar a flexibilização da prática clínica para enfrentar situações imprevistas de maneira adequada.

Verificou-se, portanto, que os protocolos clínicos necessitam ser flexíveis, para permitir a improvisação quando necessária, em especial, em função das variáveis e das imprevisibilidades inerentes ao quadro clínico dos pacientes. A flexibilidade é

relevante, em especial, por ser, ela mesma, um pressuposto básico para a prática da improvisação (CUNHA; CUNHA; KAMOCHE, 2001; CUNHA, 2002).

Em síntese, ainda que em diferentes dosagens, tanto a racionalidade quanto a improvisação se revelaram presentes nos Hospitais H1 e H2, sendo combinadas de modo situacional. Essa constatação mostrou que o reconhecimento e a compreensão das características inerentes a complexidade organizacional favorecem a atenção às mudanças no contexto. Contribuem, ainda, no desenvolvimento de habilidades para contornar desafios e permitir uma atuação mais eficiente em situações de elevado grau de incerteza e imprevisibilidade (MCKENNA; LEYKUM; MCDANIEL, 2013).

## **5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de examinar como o corpo clínico concilia racionalidade e improvisação nas práticas clínicas. Nesse item, estão contempladas a resposta ao Problema de Pesquisa, as limitações do estudo, sugestões para pesquisas futuras e implicações gerenciais.

### **5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA**

Ao examinar como o corpo clínico concilia racionalidade e improvisação, foi possível constatar a presença de protocolos e improvisação na prática clínica de ambos os Hospitais investigados.

Foram constatados níveis distintos de racionalização na gestão da prática clínica dos hospitais investigados, o que influenciou a manifestação das improvisações. Nesse sentido, verificou-se que quanto maior a formalização de processos adotada pelo hospital – característica do Hospital certificado - mais as improvisações se tornaram subversivas, fazendo com que se caracterizassem como ocultas, ocorrendo predominantemente de maneira informal.

Observou-se ainda que um maior nível de racionalidade (formalização na adoção de protocolos) influenciou inversamente a manifestação de improvisações relacionadas

à disponibilidade de recursos, porém não foi capaz de eliminar a manifestação de improvisações, em especial, aquelas decorrentes da à imprevisibilidade na evolução do quadro clínico dos pacientes. Nesse sentido, verificou-se a impossibilidade da improvisação clínica ser eliminada nos dois hospitais investigados. Com isso, as improvisações clínicas demonstraram-se mais relacionadas ao perfil do corpo clínico, ou seja, sendo pouco influenciadas pela presença de protocolos clínicos. Dentre as características relacionadas ao perfil profissional dos responsáveis por improvisações, destacam-se: experiência e competência profissional, criatividade, *sensemaking* e equilíbrio emocional. Além disso, efetividade e informalidade das interações e as trocas de conhecimento, ou seja, o entrosamento da equipe e o relacionamento com outras equipes, mostraram-se fundamentais à obtenção de apoio para a improvisação clínica e geração de aprendizado obtido por meio das improvisações.

Nos dois hospitais, em geral, as improvisações clínicas identificadas podem ser caracterizadas como improvisações gerenciadas, uma vez que os gestores clínicos mostraram reconhecer a necessidade de individualização do cuidado e resolutividade diante de situações clínicas inesperadas.

Uma característica identificada para as improvisações foi a bricolagem. Trata-se da utilização diferenciada dos recursos existentes de modo a solucionar dificuldades encontradas, sob pressão. No que se refere ao uso dos medicamentos, por exemplo, a bricolagem somente se mostrou possível diante do conhecimento aprofundado dos recursos disponíveis, ou seja, a experiência do profissional de saúde, conforme apregoa um dos constructos da improvisação, que lhe permite considerar com maior profundidade as variáveis envolvidas.

Foram identificadas, ainda, outras manifestações de improvisação como, por exemplo, a arquitetura de improvisação – em que os profissionais foram capazes de criar um ambiente favorável à improvisação em contextos com maior imprevisibilidade, tornando disponíveis materiais, medicamentos e equipamentos para o atendimento às intercorrências. Além disso, foram identificadas improvisações voltadas à própria performance profissional, em que a segurança e domínio na execução de um procedimento favoreceu improvisações proativas no intuito de melhorar a técnica e o tempo dos procedimentos.

No que tange o aprendizado obtido por meio da improvisação, percebeu-se o aprendizado como um círculo virtuoso: em que a experiência potencializa a improvisação, ao mesmo tempo que esta promove maior aprendizado. Todavia, identificou-se também fragilidade na fluidez da comunicação com os responsáveis pela gestão dos protocolos. Tal fato dificultou que o aprendizado obtido por meio da improvisação alcançasse o nível organizacional já que o aprendizado decorrente da improvisação era compartilhado entre os envolvidos informalmente, mantendo-se limitado aos grupos de maior convívio social. Portanto, a existência de canal de comunicação formal entre gestores e corpo clínico, em ambos os hospitais, foi incapaz de promover acesso aos gestores dos relatos de improvisações. Isso porque, tratando-se de SAC, há que se considerar a dinamicidade das interações em detrimento dos canais de comunicação formais. Portanto, ignorar a complexidade organizacional inerente a organização hospitalar impossibilita aos gestores a proposição – e adoção – de soluções mais efetivas às características desse tipo de sistema.

Constatou-se que a atuação com base na atenção às reais necessidades apresentadas pelos pacientes, pode exigir improvisação para garantir resposta aos problemas clínicos inesperados, que são impossíveis de serem cobertos pelos protocolos em sua completude.

Nesse sentido, protocolos clínicos corresponderam a estruturas mínimas, visto que não foram capazes de explicar por completo os procedimentos clínicos adotados. Todavia, se demonstraram fundamentais para nortear o atendimento inicial, que se desdobrou e evoluiu de acordo com a resposta obtida do paciente. Pode-se inferir ainda, que os protocolos clínicos possuem um simbolismo para o corpo clínico, na medida em que transmitem segurança e controle, em especial, para a nova geração de profissionais do corpo clínico. Além disso, o uso de protocolos demonstrou ser considerado como um mecanismo de proteção judicial ao corpo clínico, resguardando a segurança dos profissionais no que se refere à tomada de decisão clínica.

Destacou-se, portanto, que a adoção de protocolos (racionalidade) e a improvisação representam duas vias que caminham lado a lado na prática clínica na constante busca pela coexistência, mas, não necessariamente, em equilíbrio. Tem-se, por um

lado, a formalidade (protocolos) na adoção de práticas clínicas, que nem sempre podem ser explicadas, em sua completude, pela racionalidade. Por outro lado, tem-se o imprevisto, seja do contexto hospitalar, seja da evolução do quadro do paciente, o que incentiva a prática da improvisação por parte do corpo clínico, por vezes, até de maneira inconsciente na busca da efetividade do atendimento, já que o protocolo não contempla todo o detalhamento do procedimento. Constatou-se, portanto, que o comprometimento com a resolutividade e o inconformismo com a projeção de maus resultados, se demonstraram fatores cruciais de motivação para a improvisação.

Em se tratando de um sistema tão dinâmico, não linear e que convive com o imprevisto, a prática clínica identificada evidenciou que a relação entre a racionalidade e a improvisação estão em constante coevolução, o que dificulta, ou impede, o estado de equilíbrio no convívio entre estas práticas, em especial, por se tratar de um contexto complexo. Desse modo, racionalidade e improvisação coexistem e ajustam-se continuamente, sendo o equilíbrio apenas situacional.

Ressalta-se ainda, a importância de reconhecer, tanto na prática quanto na teoria, que a prática clínica deveria conciliar experiência, aprendizado, adaptação e flexibilidade para a obtenção dos melhores resultados possíveis, em função das variáveis e das imprevisibilidades inerentes ao quadro clínico dos pacientes.

A combinação de arte e técnica, experiência e aprendizado reforçam a complexidade da atuação do corpo clínico e os desafios de controle da gestão clínica. Por isso, o reconhecimento e a compreensão dos fatores de complexidade – em especial, a autonomia profissional, as interações informais, o aprendizado e, principalmente, a dinamicidade do sistema e a imprevisibilidade – favorecem a atenção às mudanças no contexto e o desenvolvimento de habilidades para contornar desafios clínicos do contexto hospitalar. Desse modo, a improvisação se demonstrou contributiva para uma atuação mais eficiente em situações de elevado grau de incerteza e imprevisibilidade, como as enfrentadas pelas organizações hospitalares.

Assim, apesar de a racionalidade e a improvisação serem frequentemente referidas como lógicas conflitantes (GIUSTINIANO; CUNHA; CLEGG, 2016), demonstraram-se como duas faces de uma mesma moeda.

## 5.2 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS

Ao examinar as formas de conciliação entre racionalidade e improvisação nas práticas adotadas pelo corpo clínico, este estudo sublinha a relevância de a gestão clínica reconhecer que o fator surpresa se encontra presente na prática clínica e aceitar a coexistência dessas duas dimensões no contexto hospitalar. A compreensão da coexistência de ambas as dimensões pode conduzir a gestão a resultados mais efetivos, em especial pelo reconhecimento da ingerência da imprevisibilidade. Assim, a melhor compreensão do funcionamento do sistema poderá favorecer a comunicação entre o corpo clínico e os responsáveis pelos protocolos, explorando o potencial das interações informais. Desse modo, a improvisação poderá se tornar mais transparente e contributiva ao aprimoramento das práticas clínicas e dos próprios protocolos.

Para isso, faz-se necessário reverter o posicionamento de que protocolos são positivos e improvisações negativas, pois ambos podem falhar, assim como contribuir para suprir as deficiências um do outro. Pois os protocolos são dinâmicos, ou seja, se modificam ao longo dos tempos, e além disso, o que vincula um paciente a um protocolo clínico é seu diagnóstico o que, não raramente, pode estar equivocado. Além disso, se o entendimento de gestores é que improvisação está relacionada a eventos adversos, seria necessário inicialmente, aceitar a improvisação como prática autêntica diante da ingerência da imprevisibilidade. Portanto, permitir espaço para a improvisação e, conseqüentemente, para o aprendizado, estimular o senso crítico no uso dos protocolos e valorizar a atenção ao paciente em sua individualidade pode garantir condutas mais adequadas e efetivas diante do imprevisto.

Ainda como contribuição à gestão hospitalar, os resultados deste estudo evidenciaram a importância do desenvolvimento e incentivo aos canais de comunicação formais e informais com o corpo clínico, de modo a captar a experiência e, conseqüentemente, os aprendizados obtidos em improvisações. Portanto, promover a aproximação entre corpo clínico e gestores clínicos, com a compreensão da relevância da coexistência das duas perspectivas, poderá oportunizar a transparência do sistema sombra (*shadow system*). Essa iniciativa poderá trazer contribuições significativas em termos de promoção de melhorias e inovações no contexto hospitalar. Com base nos resultados, acredita-se que seja possível e necessária a promoção de melhorias a

partir de uma maior interação entre corpo clínico e a gestão dos protocolos. Dessa forma, o aprendizado gerado internamente poderá aprimorar os protocolos clínicos e promover melhorias em todo o processo. Entende-se, portanto, que mecanismos que intensifiquem o compartilhamento das improvisações realizadas poderão trazer contribuições significativas, inclusive, para que os gestores hospitalares possam melhor conhecer procedimentos para além dos protocolos e normas.

Em suma, ressalta-se que a flexibilidade é necessária ser para permitir que a improvisação se manifeste como solução aos problemas imprevistos que não irão deixar de existir, devido a natureza complexa dos hospitais e da condição individual do paciente. Os gestores clínicos, devem estar atentos, para que a confiança demasiada no planejamento, baseada na crença da racionalidade plena (SIMON, 1955), não iniba a melhor eficácia de condução da prática clínica. Para isso, ressalta-se a importância de gestores clínicos aproximarem o relacionamento com o corpo clínico, identificando e compreendendo os desafios do cotidiano, ao invés de buscar por soluções essencialmente racionais, em metodologias de gestão desenvolvidas para outros contextos que não trarão as soluções necessárias à dinamicidade do contexto hospitalar.

### 5.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A limitação do estudo diz respeito, sobretudo, à disponibilidade do corpo clínico em horários restritos. Sendo assim, foi necessário realizar a maioria das entrevistas durante os atendimentos de ambulatório, plantões no CTI e no PS e, ainda, entre as cirurgias. Essa limitação não inviabilizou a pesquisa, mas exigiu maior flexibilização por parte da pesquisadora, inclusive em relação ao tempo disponibilizado para a atividade. Trata-se, portanto, de um aspecto que deve ser levado em conta por pesquisadores que venham a ter esses profissionais como informantes de seus estudos. Acrescenta-se, porém, que a limitação foi contornada e não trouxe prejuízos maiores pelo fato de a pesquisadora ser profissional de enfermagem e ter acesso a esse ambiente, sem restrições que um pesquisador que não fosse da área de saúde, supostamente teria.

Outra questão se refere ao local em que algumas entrevistas foram realizadas, por exemplo, em salas de descanso do corpo clínico, consultórios da U&E, CTI e centro cirúrgico. São ambientes sujeitos a interferência e ruídos, que dificultaram a transcrição de alguns trechos das entrevistas sem, contudo, prejudicar seu conteúdo. Entretanto, trata-se de uma dinâmica inerente ao cotidiano desses ambientes, o que requer mecanismos de adaptação por parte dos pesquisadores que o tenham como foco.

#### 5.4 SUGESTÃO DE ESTUDOS FUTUROS

Visando ao aprofundamento de estudos a respeito do tema no contexto hospitalar, sugere-se que novos estudos explorem a relação entre a improvisação e a segurança do paciente. Nesse particular, sugere-se o estudo da correlação entre o uso da improvisação e a atuação diante da ocorrência de eventos adversos. Recomenda-se, ainda, que sejam investigados em maior profundidade os casos de improvisação voltados ao aprimoramento das práticas clínicas em decorrência da experiência adquirida, de modo a melhor compreender sua colaboração para o alcance de resultados mais efetivos na saúde ou, em outra via, no aumento de riscos para os pacientes.

## REFERÊNCIAS

- AMABILE, T. M.; FISHER, C. M. Stimulate creativity by fueling passion. In: LOCKE, E. (Ed.). **Handbook of principles of organizational behavior**: indispensable knowledge for evidence-based management. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2009. p. 481-497.
- ANDERSON, R. A.; ISSEL, L. M.; MCDANIEL, R. R. Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. **Nursing Research**, v. 52, n. 1, p. 12-21, 2003.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006 (Obra original publicada em 1977)
- BATISTA, M. da G. et al. Improvising prescription: evidence from the emergency room. **British Journal of Management**, v. 27, n. 2, p. 406-425, 2016.
- BOXWALA, A. A. et al. Towards a representation format for sharable clinical guideline. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 34, n. 3, p. 52-66, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS: PROADI-SUS**. 2013. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus>>. Acesso em: 28 out. 2019.
- CHAFFEE, M. W.; MCNEILL, M. M. A model of nursing as a complex adaptive system. **Nursing Outlook**, v. 55, n. 5, p. 232-241, 2007.
- CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais (8a ed.). São Paulo: Cortez. 2006.
- CILLIERS, P. **Complexity and postmodernism**: understanding complex systems. London: Routledge, 1999.
- CRESWELL, W. J.; POTTH, C. N. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five approaches. London: Sage, 2016.
- CROSSAN, M. M.; SORRENTI, M. Making sense of improvisation. **Advances in Strategic Management**, v. 14, p. 155-180, 1997.
- CUNHA, J. V.; CUNHA, M. P.; KAMOCHE, K. A contribution to a grounded theory of organizational improvisation. In: INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ORGANIZATIONAL IMPROVISATION, 1., Lisbon, 2001. **Proceedings...** Lisbon, 2001.
- CUNHA, M. et al. Organizational improvisation: from the constraint of strict tempo to the power of the avant-garde. **Creativity and Innovation Management**, v. 23, n. 4, p. 359-373, 2014.

CUNHA, M. P. E. Organizational improvisation: what, when, how and why. In: CUNHA, M. P. E.; KAMOCHE, K. N. (Eds.). **Organizational improvisation**. London: Routledge, 2002.

CUNHA, M. P. E. Organizational time: a dialectical view. **Organization**, v. 11, n. 2, p. 271-296, 2004.

CUNHA, M. P.; CUNHA, J. V.; CLEGG, S. R. Improvisational bricolage: a practice-based approach to strategy and foresight. In: COSTANZO, L. A.; MACKAY, R. B. (Eds.). **Handbook of research on strategy and foresight**. Massachusetts: Edward Elgar Publishing, 2009, p. 182-199.

CUNHA, M. P.; CUNHA, J. V.; KAMOCHE, K. Organizational improvisation: what, when, how and why. **International Journal of Management Reviews**, v. 1, n. 3, p. 299-341, 1999.

CUNHA, M. P.; CUNHA, J. V.; KAMOCHE, K. The age of emergence: toward a new organizational mindset. **SAM Advanced Management Journal**, v. 66, n. 3, p. 25-29, 2001.

CUNHA, M. P.; MINER, A.; ANTONACOPOULOU, E. Improvisation processes in organizations. In: LANGLEY, A.; TSOUKAS, H. (Eds.). **The SAGE handbook of process organization studies**. London: Sage, 2017.

DAFT, R.; WEICK, K. Toward a model of organizations as interpretation systems. **Academy of Management Review**, v. 9, n. 2, p. 284-295, 1984.

DIAS, N. dos S.; MEYER, V.; MAMÉDIO, D. F. Nursing practices and learning in a complex system. **European Journal of Social Sciences**, v. 56, n. 2, p. 149-159, 2018.

ELLIOTT, J. **Using narrative in social research: qualitative and quantitative approaches**. London: Sage, 2005.

ETZIONI, A. A. **Comparative analysis of complex organizations**. New York: Free Press, 1961.

GHERARDI, S.; NICOLINI, D.; ODELLA, F. Toward a social understanding of how people learn in organizations: the notion of situated curriculum. **Management learning**, v. 29, n. 3, p. 273-297, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIUSTINIANO, L.; CUNHA, M. P.; CLEGG, S. The dark side of organizational improvisation: lessons from the sinking of Costa Concordia. **Business Horizons**, v. 59, n. 2, p. 223-232, 2016.

GOMES, R. et al. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2431-2439, 2015.

GONÇALVES, V. S. **Respondendo à incerteza**: uma análise longitudinal da improvisação organizacional. Dissertação (Mestrado em Comportamento Organizacional) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2001.

GUIMARÃES, F. et al. Improviso e criatividade na gestão universitária. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA, 17., Mar del Plata. **Anais...** Mar del Plata, 2017.

HUTCHINS, E. The social organization of distributed cognition. In: RESNICK, L. B.; LEVINE, J. M.; TEASLEY, S. D. (Eds.). **Perspectives on socially shared cognition**. Whashington, DC: American Psychological Association, 1991. p. 283-307.

JARZABKOWSKI, P.; FENTON, E. Strategizing and organizing in pluralistic contexts. **Long Range Planning**, v. 39, n. 6., p. 631-648, 2006.

KAMOCHE, K.; CUNHA, M. P. E. Minimal structures: from jazz improvisation to product innovation. **Organization studies**, v. 22, n. 5, p. 733-764, 2001.

KATZ, D.; KAHN, R. L. **Psicologia social das organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1975.

KOLB, D. A. Management and the learning process. **California Management Review**, v. 38, n. 3, p. 21-31, 1976.

LEONE, L. A critical review of improvisation in organizations: open issues and future research directions. In: IMPERIAL COLLEGE LONDON BUSINESS SCHOOL SUMMER CONFERENCE, 2010, London. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/228712302\\_A\\_critical\\_review\\_of\\_improvisation\\_in\\_organizations\\_open\\_issues\\_and\\_future\\_research\\_directions](https://www.researchgate.net/publication/228712302_A_critical_review_of_improvisation_in_organizations_open_issues_and_future_research_directions)>. Acesso em: 14 jul. 2019.

LÉVI-STRAUSS, C. **The savage mind**. Chicago, Illinois: University of Chicago Press, 1966.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MCDANIEL, R. R. Management strategies for complex adaptive systems sensemaking, learning, and improvisation. **Performance improvement quarterly**, v. 20, n. 2, p. 21-41, 2007.

MCDANIEL, R. R.; DRIEBE, D. J. Complexity science and health care management. **Advances in Health Care Management**, v. 2, p. 11-36, 2001.

MCKENNA, K.; LEYKUM, L. K.; MCDANIEL, R. R. The role of improvising in patient care. **Health care management review**, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2013.

MEYER, V.; PASCUCI, L.; MAMÉDIO, D. F. Managerialism in complex systems: experiences of strategic planning in non-profit hospitals. In: VRANGBAEK, K. et al. (Eds.) **Towards a comparative institutionalism**: forms, dynamics and logics across

the organizational fields of health care and higher education. London: Emerald, 2016. p. 271-295.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINTZBERG, H. The design school: reconsidering the basic premises of strategic management. **Strategic Management Journal**, v. 11, n. 3, p. 171-195, 1990.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MORGAN, G. **Images of organization**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.

OLIVEIRA, A. R.; MEYER, V.; PASCUCI, L. M. Micro strategies and hospital management: an analysis through the lens of complexity. **Revista de Negócios**, v. 22, n. 2, p. 34-47, 2018.

ORLIKOWSKI, W. J. Improving organizational transformation over time: a perspective of situated change. **Research in Information Systems**, v. 7, n. 1, p. 63-92, 1996.

PASCUCI, L. M. **Formação de estratégias em sistemas complexos: um estudo comparativo de organizações hospitalares sob a perspectiva prática**. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.

PASCUCI, L. M.; MEYER, V. Estratégia em contextos complexos e pluralistas. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 17, n. 15, p. 536-555, 2013.

PERROW, C. **Complex organizations**. 3. ed. New York: Random House, 1986.

RICHARDSON, K. A. Complexity and management: a pluralistic view. In: ALLEN, P.; MAGUIRE, S.; MCKELVEY, B. (Eds.). **The SAGE handbook of complexity and management**. London: Sage, 2011. p. 366-382.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTIAGO, M. Guidelines e protocolos clínicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 8., 2004, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: CBIS, 2004.

SCHON, D. A. **The reflective practitioner: how professionals think in action**. New York: Basic Books, 1983.

SCHUTT, R. K. **Investigating the social world: the process and practice of research**. New York: Pine Forge Press, 2011.

SIMON, H. A. A behavioral model of rational choice. **The quarterly journal of economics**, v. 69, n. 1, p. 99-118, 1955.

SPRADLEY, J. P. **The ethnographic interview**. Belmont, CA: Wadsworth Group & Thomson Learning, 1979.

STACEY, R. D. **Complexity and creativity in organizations**. Oakland, CA: Berrett-Koehler Publishers, 1996.

STAKE, R. E. **Qualitative case studies**: the Sage handbook of qualitative research. London: Sage, 2005.

VAN MAANEN, J. **Tales of the field**: on writing ethnography. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

VERGARA, S. C. **Métodos de coleta de dados no campo**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

VICTOR, E.; MARCO, A. Cardiologia baseada em evidência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 4, p. 355-256, 2004.

VOGUS, T. J.; SUTCLIFFE, K. M.; WEICK, K. E. Doing no harm: enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. **Academy of Management Perspectives**, v. 24, n. 4, p. 60-77, 2010.

WEICK, K. E. Introductory essay: improvisation as a mindset for organizational analysis. **Organization Science**, v. 9, n. 5, p. 543-555, 1998.

WEICK, K. E. Substitutes for strategy. In: Teece, D. J. (Ed.). **The competitive challenge**: strategies for industrial innovation and renewal. Cambridge, MA: Ballinger, 1987. p. 222-233.

WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M. Hospitals as cultures of entrapment: a re-analysis of the Bristol Royal Infirmary. **California Management Review**, v. 45, n. 2, p. 73-84, 2003.

WEICK, K. Organizational redesign as improvisation. In: HUBER, G. P.; GLICK, W. H. (Eds.). **Organizational change and redesign**: ideas and insights for improving performance. New York: Oxford University Press, 1993. p. 346-379.

WEICK, K. **Sensemaking in organizations**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. de; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

WHA – WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative research for health programmes**. Geneva, 1994.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International health regulations**. Geneva, 2008.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A

RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS HOSPITAL H1						
Código	Formação	Especialização	Idade (anos)	Tempo de atuação profissional	Tempo de atuação nesse hospital	Setor de atuação
H1CE1	Enfermeiro	Terapia Intensiva	38	08	06	CTI
H1CE2	Enfermeiro	Terapia Intensiva	36	10	08	CTI
H1CE3	Enfermeiro	-	33	06	02	U&E
H1CE4	Enfermeiro	Urgência Emergência	37	08	02	U&E
H1CE5	Enfermeiro	-	38	08	08	U&E
H1CE6	Enfermeiro	Terapia Intensiva	39	12	06	U&E
H1CE7	Enfermeiro	-	35	08	03	U&E
H1CE8	Enfermeiro	Urgência Emergência	48	18	15	U&E
H1CM1	Médico	Cardiologista	42	10	05	Ambulatório e internação
H1CM2	Médico	Cirurgia Cardíaca	55	25	12	Centro cirúrgico
H1CM3	Médico	Cirurgia Geral e Bariátrica	43	15	11	Centro cirúrgico
H1CM4	Médico	Cirurgia Geral	62	30	25	Centro cirúrgico
H1CM5	Médico	Anestesiologia	42	12	08	Centro cirúrgico
H1CM6	Médico	Anestesiologia	38	12	07	Centro cirúrgico
H1CM7	Médico	Intensivista	44	17	09	CTI
H1CM8	Médico	Nefrologista	69	43	40	Nefrologia
H1G1	Enfermeiro	Terapia Intensiva e MBA em Administração Hospitalar	41	11	08	Gerência ambulatorial
H1G2	Enfermeiro	MBA em Administração Hospitalar	48	20	12	Gerência Centro Cirúrgico e CME
H1G3	Enfermeiro	Gestão da Qualidade	40	12	12	Setor da Qualidade
H1G4	Médico	Cirurgia Geral	58	30	25	Diretoria Clínica

## Apêndice B

RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS HOSPITAL H2						
Código	Formação	Especialização	Idade (anos)	Tempo de atuação profissional	Tempo de atuação nesse hospital	Setor de atuação
H2CE1	Enfermeiro	Terapia Intensiva	37	08 anos	05 anos	Pronto Socorro
H2CE2	Enfermeiro	-	35	8 anos	2 anos	Pronto Socorro
H2CE3	Enfermeiro	-	33	5 anos	3 anos	Hemodinâmica
H2CE4	Enfermeiro	-	34	6 anos	6 anos	Pronto Socorro
H2CE5	Enfermeiro	-	36	06 anos	4 anos	Pronto Socorro
H2CE6	Enfermeiro	-	39	10 anos	7 anos	Pronto Socorro
H2CE7	Enfermeiro	-	38	10 anos	5 anos	Hemodinâmica
H2CE8	Enfermeiro	Urgência Emergência	35	06 anos	4 anos	Pronto Socorro
H2CM1	Médico	Intensivista	45	17 anos	9 anos	CTI
H2CM2	Médico	Anestesiologia	41	12 anos	8 anos	Centro Cirúrgico
H2CM3	Médico	Cirurgia Geral	65	36 anos	28 anos	Centro Cirúrgico
H2CM4	Médico	Anestesiologia	42	12 anos	8 anos	Centro Cirúrgico
H2CM5	Médico	Cirurgia Geral	57	28 anos	22 anos	Centro Cirúrgico
H2CM6	Médico	Cirurgia Geral	64	36 anos	30 anos	Centro Cirúrgico
H2CM7	Médico	Cirurgião Geral e Bariátrico	44	15 anos	11 anos	Centro Cirúrgico
H2CM8	Médico	Cirurgião Cardíaco	53	25 anos	12 anos	Centro Cirúrgico
H2G1	Médico	Diretor Clínico	48	18 anos	3 anos	Diretoria Clínica e
H2G2	Enfermeiro	-	37	8 anos	1 ano	Pronto Socorro
H2G3	Enfermeiro	Terapia Intensiva	42	12 anos	3 anos	Qualidade
H2G4	Enfermeiro	-	45	15 anos	5 anos	Pronto Socorro

## Apêndice C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Nome do Professor:** Profa. Dra. Lucilaine Maria Pascuci

Você foi convidado a participar da pesquisa intitulada “Racionalidade e Improvisação nas Práticas Clínicas em Hospitais”, sob a responsabilidade de Thais Xavier Valente de Carvalho. A presente pesquisa tem como objetivo analisar como os médicos e enfermeiros conciliam as práticas de improvisação com o uso de protocolos clínicos em hospitais. As informações serão utilizadas para a dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Este estudo espera contribuir com o desenvolvimento de abordagens gerenciais adequadas à dinamicidade da prática assistencial em organizações hospitalares de modo a promover maior eficiência dos hospitais.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que estará impresso em duas vias, será aplicado previamente ao início da entrevista. Ambas as vias do TCLE deverão ser assinadas e rubricadas pelo participante e pesquisador, ficando o participante com uma delas. Em seguida, serão realizadas as perguntas contidas no roteiro previamente elaborado. A entrevista, com duração de 35 minutos, será gravada e transcrita, sendo garantido ao participante da pesquisa o sigilo do áudio e o anonimato das informações fornecidas.

O risco relacionado à possíveis constrangimentos diante de alguma pergunta realizada, ou até mesmo cansaço pelo tempo da entrevista é minimizado pela permissão do participante de não responder as perguntas que não se sentir à vontade e poder finalizar a entrevista, desistir de participar ou retirar seu consentimento independente do motivo e sem quaisquer prejuízos. Ressaltamos que o Sr(a). não terá nenhuma despesa, como também não receberá nenhuma remuneração. No entanto, caso haja algum tipo de despesa, esta será ressarcida pela pesquisadora. O participante tem direito a buscar indenização em caso de eventual dano decorrente da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora Thais Xavier Valente de Carvalho, no telefone (27) 99773-3704 ou pelo e-mail [qualidade.thaisxavier@gmail.com](mailto:qualidade.thaisxavier@gmail.com). Em caso de intercorrências ou denúncias sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa CEP - UFES, localizado no Prédio Administrativo do Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), sala 07, situado à Avenida Fernando Ferrari, no 514, Campus Universitário/Goiabeiras - Vitória - ES, 29090-075, telefone (27) 3145-9820. Após estes esclarecimentos, solicitamos seu consentimento de forma livre e esclarecida para a sua participação nesta pesquisa.

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO ENTREVISTADO

Eu declaro que fui informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e voluntariamente aceito participar deste estudo. Vitória/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Entrevistado

---

Thais Xavier V. de Carvalho

## Apêndice D

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Público alvo: GESTOR DA QUALIDADE, GESTORES INTERMEDIÁRIOS,  
DIRETORIA CLÍNICA

**Objetivo:** Investigar manifestações de improvisação na prática clínica.

**Confidencialidade:** Informar que os nomes dos entrevistados não serão divulgados.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):** Apresentar e coletar assinatura do entrevistado.

**Gravação da entrevista:** Solicitar autorização.

**Autorização para pesquisa:** Pesquisa autorizada pela direção do hospital e pelo comitê de ética.

#### I. PERFIL DO ENTREVISTADO

- Formação e especialização:
- Tempo de atuação profissional:
- Tempo de atuação em hospitais:
- Tempo de atuação neste hospital:
- Já assumiu função de gestão? Qual? Por quanto tempo?

#### II. QUESTÕES

1. Como se dá o processo de desenvolvimento de protocolos? Quais as principais dificuldades e como foram contornadas? (Elaboração, apoio para implementação, apoio, comunicação, feedback, adequação e aprimoramento)
2. Já houveram casos de resistência dos profissionais? Se sim, me relate um exemplo e explique, na sua opinião, porque isso acontece.
3. Na sua opinião, quais são as principais contribuições dos protocolos clínicos adotados? Cite exemplos.
4. Na sua percepção, de que maneira a autonomia profissional pode ser conciliada com os protocolos clínicos? Como é possível realizar a gestão da prática clínica? (Indicadores, feedback, resultados assistenciais.
5. Considerando que os profissionais podem se deparar com imprevistos, na sua opinião, como os profissionais agem ou deveriam agir diante das imprevisibilidades? (Imprevisibilidades: mal funcionamento de um material ou medicamento, quadro clínico dos pacientes, problemas com familiares, etc. Tomada de decisão individual ou coletiva.)

## Apêndice E

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Público alvo: CORPO CLÍNICO (Médicos e enfermeiros)

**Objetivo:** Investigar manifestações de improvisação na prática clínica.

**Confidencialidade:** Informar que os nomes dos entrevistados não serão divulgados.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):** Apresentar e coletar assinatura do entrevistado.

**Gravação da entrevista:** Solicitar autorização.

**Autorização para pesquisa:** Pesquisa autorizada pela direção do hospital e pelo comitê de ética.

#### I. PERFIL DO ENTREVISTADO

- Formação e especialização:
- Tempo de atuação profissional:
- Tempo de atuação em hospitais:
- Tempo de atuação neste hospital:
- Já assumiu função de gestão? Qual? Por quanto tempo?

#### II. QUESTÕES

1. O que orienta efetivamente o trabalho profissional na prática clínica? (Na entrevista explorar protocolos, rotinas, experiência e como contribuem para tal prática)
2. Na sua prática clínica já ocorreu alguma situação inesperada que você teve que agir sem amparo de qualquer protocolo? Como foi? Conte-me esse caso. (Na entrevista explorar as surpresas, o inesperado, as incertezas, limitações técnicas e materiais, como foi solucionado e o que foi feito com o aprendizado).
3. Na sua prática clínica houve algum momento que você seguiu a sua intuição ao invés de protocolos clínicos? Deu Certo? Conte-me um pouco sobre essa experiência.
4. Houve alguma situação que você utilizou equipamentos, materiais ou medicamentos com uma finalidade diferente da convencional? Cite exemplos. (Identificar o uso de bricolagem com os recursos disponíveis).
5. Na sua percepção, o aprendizado gerado com a experiência e com os resultados obtidos no cotidiano são utilizados para o aprimoramento dos protocolos? Explique de que maneira isso acontece e cite um exemplo de um protocolo.
6. Na sua opinião quais fatores influenciam na sua capacidade ou habilidade de improvisar? Cite exemplos.