

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

JULIANO DANILO SPULDARO

**ROTINAS ORGANIZACIONAIS E A INFLUÊNCIA DOS ANTECEDENTES  
INTERNOS E EXTERNOS NA VARIEDADE SEQUENCIAL**

São Paulo

2016

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

JULIANO DANILO SPULDARO

**ROTINAS ORGANIZACIONAIS E A INFLUÊNCIA DOS ANTECEDENTES  
INTERNOS E EXTERNOS NA VARIEDADE SEQUENCIAL**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo do Conhecimento:  
Estratégia Empresarial

Orientador: Professor Doutor Sergio Bulgacov

São Paulo  
2016

Spuldaro, Juliano Danilo.

Rotinas organizacionais e a influência dos antecedentes internos e externos na variedade sequencial / Juliano Danilo Spuldaro. - 2016. 115 f.

Orientador: Sergio Bulgacov

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - São Paulo (SP). 2. Pessoal da área médica e pacientes. 3. Desenvolvimento organizacional. 4. Eficiência organizacional. 5. Controle de processo. I. Bulgacov, Sergio. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 65.011.8

JULIANO DANILO SPULDARO

**ROTINAS ORGANIZACIONAIS E A INFLUÊNCIA DOS ANTECEDENTES  
INTERNOS E EXTERNOS NA VARIEDADE SEQUENCIAL**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo do Conhecimento:  
Estratégia Empresarial

Data da aprovação: 04/04/2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Sergio Bulgacov – Orientador  
Fundação Getúlio Vargas – EAESP

---

Profa. Dra. Ana Maria Malik  
Fundação Getúlio Vargas – EAESP

---

Profa. Dra. Adriana Roseli Wunsch Takahashi  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

---

Profa. Dra. Maria Tereza Leme Fleury  
Fundação Getúlio Vargas – EAESP

---

Profa. Dra. Rosiléia das Mercês Milagres  
Fundação Dom Cabral

## EPÍGRAFE

*Acaso no ves que es distinto?  
Dream on because todo cambia  
Dedicate your body and soul  
And enjoy all the special pleasures of doing something wrong  
Pois o dia D é hoje  
Remember that nothing else matters  
In my time of dying*

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha mãe, Marileine.

## AGRADECIMENTOS

Esta seção do meu trabalho não poderia deixar de começar com um agradecimento à Universidade do Oeste de Santa Catarina - Unoesc, instituição de ensino superior que acreditou em mim e me apoiou de forma fundamental na jornada de lutar pelo título de Doutor. Inspirado em exemplos de acadêmicos como a Professora Eliane Salette Filippim e graças ao apoio de líderes como o Professor Aristides Cimadon e o Professor Alciomar Marin é que eu cheguei até este momento. Gostaria ainda de registrar meu agradecimento a Elediana de Quadros e aos professores Ricardo Marcelo de Menezes, Izabel Coelho, Nelson Santos Machado, Jéssica Romeiro Mota, Fábio Lazzarotti, Tânia Durigon, e Graciele Tonial, pelos auxílios e pela parceria cultivada ao longo desses quatro anos.

Na Fundação Getúlio Vargas a primeira pessoa a quem devo um muito obrigado é ao grande mestre Professor Sergio Bulgacov, meu orientador. Ao longo dessa jornada ele sempre acreditou em mim e me apoiou mesmo quando eu exercia um de meus diversos devaneios. Obrigado por todas as muitas oportunidades de aprender que o básico e fundamental de ser mestre é ser humilde sempre, mesmo diante das angústias e adversidades do trabalho acadêmico. Me sinto grato ainda a todos os Professores com os quais tive o prazer de ter aula: Professor Paulo Arvate, Professor Rodrigo Bandeira-de-Mello, Professor Tales Andreassi, Professora Maria Tereza Leme Fleury, Professor Fábio Mariotto, Professora Maria José Tonelli, Professor Abraham Laredo Scisu e também aos professores com quem convivi apesar de não ter tido aulas nos moldes tradicionais: Professor Rafael Alcadipani e Professora Maria Ester de Freitas. É por fim justo que eu mencione aqui que há uma série de colaboradores, muitos deles eu não sei exatamente o nome completo, mas que são vitais para o funcionamento da instituição e que me auxiliaram de forma muito importante nessa caminhada: a todos os seguranças e atendentes das catracas, às secretarias, ao Tom e ao Seu Osvaldo da Biblioteca, ao Julio Bibliotecário e às meninas do Rockafé do 5º andar, obrigado!

Sou muito grato também à Professora Ana Maria Malik que possibilitou o acesso às organizações que foram estudadas nesta pesquisa. Também sou grato a todas as pessoas que, representando as organizações, autorizaram a realização da coleta de dados e também às que colaboraram me recebendo e fornecendo informações sobre suas atividades.

Fiz muitos amigos em São Paulo. Essa passagem por lá também me convenceu definitivamente que tudo pode mudar muito rápido na vida. Entre as “invariantes” que fui feliz em encontrar

tenho que destacar a Marina Amado Bahia Gama. Minha irmã que eu não sabia que tinha. Meu lema era “calma” e o dela era “*just do it*”. Ao longo da jornada fomos trocando e engrandecendo juntos. Tenho certeza que eu saio em débito, pois tive a oportunidade de aprender muito mais do que ensinar a essa pessoa que estimo e admiro muito.

Além dela conheci e convivi com Marcos Salusse, Leandro Andrade e Pedro Salvi: três grandes amigos ligados em voltagens diferentes, que são tão brilhantes quanto humildes pessoas de bom coração. Acredito que eles não fazem ideia do quão especiais são para o mundo. Tive ainda períodos um pouco mais curtos de convivência com o determinado Carlos Aveline, a sempre alegre e positiva Talita Leuçz e o genial Shim Yong Ju, a quem também devo um obrigado pela parceria.

Sob a batuta da nossa mãe de aluguel, Dona Rosa, dividi o mesmo teto diariamente com os admiráveis Alexandre Prim, Elias Pereira, Rodolfo Jacov, Mateus Ferreira e Thales Ponciano. Agradeço e desejo a eles grande sucesso pela frente.

Também tenho muita sorte por conhecer e devo muito do sucesso da minha passagem por São Paulo a pessoas que já estavam na minha vida antes de eu me mudar para lá. Meus irmãos de coração Alexandre Azevedo, Flávio Freire Souza, Marlon Lesnieski e Maxwell Menezes: obrigado por tudo. Meu agradecimento especial a Carol Fabris, Deborah Pessoa, Diego Canhada, Samir Adamoglu, Kleber Canuto pelos diversos encontros recheados de reflexões, fontes de engrandecimento pessoal e profissional. Registro, como forma de agradecimento, que meu coração nutre uma grande admiração pelo lindo exemplo da família Casagrande.

Agradeço ao meu irmão e ao meu pai, pois as agruras da nossa relação me ensinam o que é amor. Entretanto, meu mais profundo agradecimento é direcionado à minha mãe por ser minha referência cotidiana de cumplicidade, perseverança e humildade.

Meu agradecimento final é ao meu psicólogo Vitor Misael que me ensinou a avançar, mesmo que devagarinho, no infinito processo de autoconhecimento.

## RESUMO

Que fatores influenciam a variedade de sequências de tarefas componentes de rotinas organizacionais? Este estudo está focado em analisar como fatores antecedentes das execuções influenciam a variedade sequencial de rotinas organizacionais. Rotinas organizacionais conferem eficiência e coordenação aos processos organizacionais por meio da padronização e especialização das tarefas e de seus encadeamentos. A literatura suscita que altos níveis de variabilidade podem ser importantes para manter a flexibilidade nos processos organizacionais (Feldman e Pentland, 2003). A variedade sequencial é tida como a expressão mais fidedigna da diversidade de configurações das sequências de tarefas componentes de uma rotina organizacional. Este estudo propõe uma metodologia qualitativa de análise das fontes de variedade sequencial. Utiliza-se o quadro de referência proposto em Becker (2005b) que contempla os antecedentes complexidade da tarefa, interdependência da tarefa, pressão de tempo, incerteza pertencente à tarefa e mudança de agentes além de características e resultados. Para atingir este objetivo foram empreendidas duas observações em prontos-socorros de organizações paulistanas. A rotina organizacional de atendimento a pacientes em prontos-socorros é um processo relevante de ser estudado pois é principal forma de acesso dos pacientes a tratamentos nos dois hospitais analisados. Além disso, a rotina se mostra bastante eficiente e é caracterizada por atender padrões internacionais de qualidade de processo. Os dados foram sistematizados por uma análise de conteúdo adaptada ao estudo da variedade sequencial. Graças à essa análise foi possível identificar as fontes de variedade sequencial e discuti-las no contexto da literatura de rotinas organizacionais, foram identificadas quatro fontes principais: definição de prioridade ligada à pressão de tempo; necessidade de especialistas ligada à complexidade da tarefa; incremento de informações para diagnóstico e tratamento ligada à incerteza da tarefa; e, prolongar o tratamento ligada à incerteza e interdependência da tarefa. Não há evidências que a mudança de agentes influencia a variedade sequencial. Este estudo propõe que os antecedentes constituem dois grupos: antecedentes externos derivam de questões relativas à multiplicidade de condições dos pacientes como pressão de tempo e incerteza da tarefa. Antecedentes internos estão ligados à regras e recursos organizacionais como complexidade e a interdependência da tarefa.

**Palavras-chave:** rotinas organizacionais; variedade sequencial; antecedentes; hospitais; pronto-socorro.

## ABSTRACT

Which factors influence the variety of task sequences of organizational routines? This study is focused on analyzing how antecedents influence sequential variety of organizational routines. Routines provide efficiency and coordination to organizational processes through standardization and specialization of tasks and their threads. Organizational routines literature postulates that high levels of variability may be important to maintain flexibility in organizational processes (Feldman and Pentland, 2003). Sequential variety is considered the most reliable expression of diversity in sequences of tasks configurations in an organizational routine. This study proposes a qualitative method of analysis of the sources of sequential variety. The framework of reference was proposed by Becker (2005b) and includes the antecedents task complexity, task interdependence, time pressure, uncertainty pertaining to the task and turnover of agents as well as characteristics and results of organizational routines. To achieve this goal two observations were performed in emergency rooms of health organizations chosen due to their performance. The organizational routine of care in emergency rooms is an important process to be studied because it is the main way of access to treatments in the two hospitals analyzed. Furthermore, the routine enhances efficiency and is characterized by meet international quality standards. The data were organized by a content analysis adapted to the study of sequential variety of organizational routines. Thanks to this analysis it was possible to analyze the sources sequential variety and discuss them in the context of the literature of organizational routines. Four main sources of sequential variety were identified: priority setting which is related to the time pressure; need for expertise linked to complexity of the task; increment of information for diagnosis and treatment that is related to the uncertainty of the task; and lasting of treatment linked to uncertainty and interdependence of the task. There is no evidence that turnover of agents influences the sequential variety. This study suggests that the antecedents identified as influential in the sequential variety could be seen as two groups. The external antecedents arising from issues related to the multiplicity of conditions of patients are time pressure and task uncertainty. Internal records are more attached to rules and organizational resources and include the complexity and interdependence of the task.

**Keywords:** Organizational routines; sequential variety; antecedents; hospitals; emergency room.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Quadro de referência para o relacionamento entre antecedentes, características e resultados. ....	30
Figura 2: Níveis de variedade de tarefas e variedade sequencial.....	31
Figura 3: Representação gráfica da análise qualitativa da variedade sequencial.....	48

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo das características da pesquisa.....	42
Quadro 2: Resumo das observações da rotina e respectivas tarefas observadas. ....	45
Quadro 3: Definições operacionais e constitutivas.....	51
Quadro 4: Descrição das tarefas: recepcionar e cadastrar. ....	56
Quadro 5: Descrição da tarefa: triar.....	58
Quadro 6: Descrição das tarefas: chamar para consulta, realizar consulta médica e requisitar médico de retaguarda. ....	60
Quadro 7: Descrição das tarefas: medicar, coletar amostras para exames laboratoriais, preparar e transferir para exames de imagem, realizar procedimento, monitorizar.....	64
Quadro 8: Descrição das tarefas: conduzir para espera interna e reavaliação, reavaliar, emitir desfecho médico e solicitar e proceder internação. ....	66
Quadro 9: Exemplos de sequências de tarefas.....	67
Quadro 10: Variações de 1.1 a 1.4 do grupo Tipo de Variação 1.....	70
Quadro 11: Variações de 1.5 a 1.8 do grupo Tipo de Variação 1.....	70
Quadro 12: Variações de 1.9 a 1.16 do grupo Tipo de Variação 1.....	71
Quadro 13: Variações de 1.17 a 1.32 do grupo Tipo de Variação 1.....	73
Quadro 14: Variações componentes do grupo Tipo de Variação 2. ....	77
Quadro 15: Variações componentes do grupo Tipo de Variação 3. ....	78

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
1.1. Problema de pesquisa .....	16
1.2. Objetivo da pesquisa .....	16
1.3. Estrutura do trabalho .....	17
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	18
2.1. O conceito de rotinas organizacionais .....	18
2.2. Os aspectos ostensivo e performativo das rotinas organizacionais .....	23
2.3. Antecedentes, características e resultados das rotinas organizacionais .....	27
2.4. Rotinas organizacionais e seu papel na estratégia organizacional .....	34
2.5. Resumo do quadro teórico .....	35
3. METODOLOGIA .....	37
3.1. Aspectos epistemológicos da pesquisa sobre rotinas organizacionais .....	38
3.2. Natureza da pesquisa .....	41
3.3. Coleta de dados .....	43
3.4. Procedimento de análise de dados .....	46
3.5. Definições constitutivas e operacionais .....	49
3.6. Seleção do campo, das organizações e da rotina organizacional .....	51
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	53
4.1. Descrição da rotina organizacional em análise .....	53
4.1.1. Tarefas componentes da rotina organizacional .....	54
4.1.2. Variedade sequencial da rotina organizacional .....	67
4.2. Fontes de variedade sequencial .....	79
4.2.1. Definição de prioridade .....	80
4.2.2. Necessidade de especialista .....	81
4.2.3. Incremento de informações para diagnóstico e tratamento .....	83

4.2.4. Prolongar o tratamento .....	83
4.2.5. Outros elementos influentes na variedade sequencial.....	84
5. DISCUSSÃO .....	86
5.1. Sobre o caráter rotineiro das seqüências de tarefas observadas .....	86
5.2. Granularidade, ponto de vista e limites .....	88
5.3. A influência dos antecedentes na variedade sequencial.....	89
6. CONCLUSÕES .....	93
7. REFERÊNCIAS .....	95
APÊNDICES.....	105

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo está focado em analisar como antecedentes influenciam a variedade sequencial de rotinas organizacionais. Variedade sequencial é um conceito simples: de quantas formas diferentes um processo pode ser executado? A literatura de rotinas organizacionais vem explorando gradativamente mais o conceito introduzido propriamente por Pentland (2003a). Apesar de outros estudos terem abordado a questão da variabilidade em processos organizacionais (Olson *et al.*, 1994; Pentland e Reuter, 1994) há ainda poucos estudos (Pentland, 2003b) focando compreender a variedade sequencial e questões correlatas a ela.

Este conceito é importante de ser desenvolvido pois rotinas organizacionais vem sendo entendidas como fonte de mudança (Feldman, 2000; 2003; Feldman e Pentland, 2003) e flexibilidade (Adler *et al.*, 1999; Howard-Grenville, 2005; Eisenhardt *et al.*, 2010) e sua operacionalização denota quão uniformes são as execuções de uma rotina organizacional. A variedade sequencial é, da mesma forma relevante de ser estudada, pois constitui um conjunto de características com potencial de influenciar os resultados gerados pelas rotinas organizacionais (Becker, 2005b). Espera-se que o aumento na “rotinização” dos processos organizacionais promova resultados como coordenação, economia de recursos cognitivos e aprendizagem. Isto ocorre a partir da interação entre as características – frequência de execução e variedade sequencial, e antecedentes às execuções da rotina organizacional. Os antecedentes elencados e conhecidos na literatura são complexidade da tarefa, incerteza da tarefa, interdependência da tarefa, pressão de tempo e rotatividade de agentes. Argumenta-se na literatura que estes antecedentes podem influenciar a frequência de execução e a variedade sequencial das rotinas.

Nesta pesquisa examina-se esta relação de forma qualitativa, buscando aprofundar o entendimento com foco na variedade sequencial. Acredita-se que organizações hospitalares são um campo empírico propício e interessante para estudar esta problemática, especialmente por lidarem com atendimentos urgentes, complicações procedimentais decorrentes do estado de saúde do paciente e grande incerteza sobre a demanda. Isso se apresenta de forma mais intensa em prontos-socorros. Este é o motivo da eleição da rotina organizacional de tratamento de pacientes neste setor para estudo.

Entretanto, pesquisas qualitativas abordando a variedade sequencial não são comuns. Por esse motivo este estudo propõe uma adaptação da análise de conteúdo ao estudo de rotinas

organizacionais. O método de análise de dados é composto de quatro fases: na primeira, o foco da descrição dos dados é em estabelecer definições das tarefas executadas à título da rotina organizacional. Depois disso executou-se uma catalogação de todas as variações encontradas na observação. Isso resultou em um conjunto de 76 variações. Este conjunto foi submetido a comparações e dessas comparações foram identificadas as fontes de variedade sequencial. O último passo foi examinar a fundo as fontes de variedade sequencial buscando compreender melhor sua natureza. A discussão baseou-se na revisão teórica para dar sentido às fontes de variedade sequencial perante ao que a literatura estabelece. Foi possível identificar dois tipos de antecedentes: os antecedentes externos derivam de questões relativas às condições dos pacientes e são pressão de tempo e incerteza da tarefa. Os antecedentes internos estão ligados à regras e recursos organizacionais e contemplam a complexidade e a interdependência da tarefa. Além disso, foi possível perceber que a experiência dos agentes, as heurísticas implementadas no processo e os recursos organizacionais mediam a relação entre antecedentes e variedade sequencial afetando também os resultados das execuções das rotinas. Este estudo permite dizer que o estudo qualitativo da variedade sequencial é um campo fértil para pesquisa e que muitas contribuições para a literatura de rotinas organizacionais podem ser feitas utilizando-se desta abordagem.

### **1.1. Problema de pesquisa**

Como os antecedentes – complexidade da tarefa, interdependência da tarefa, pressão de tempo, incerteza pertencente à tarefa e mudança de agentes, influenciam na variedade sequencial de rotinas organizacionais?

### **1.2. Objetivo da pesquisa**

Geral: Analisar como os antecedentes – complexidade da tarefa, interdependência da tarefa, pressão de tempo, incerteza pertencente à tarefa e mudança de agentes, influenciam na variedade sequencial de rotinas organizacionais.

Específicos:

1. Caracterizar a rotina organizacional de atendimento a pacientes em prontos-socorros;
2. Identificar as variações da sequência de tarefas da rotina organizacional em análise;
3. Caracterizar os antecedentes previstos na literatura e analisar como eles influenciam na variedade sequencial, especificamente:
  - a. Caracterizar a complexidade da tarefa e analisar como ela influencia na variedade sequencial;
  - b. Caracterizar a interdependência da tarefa e analisar como ela influencia na variedade sequencial;
  - c. Caracterizar a pressão de tempo e analisar como ela influencia na variedade sequencial;
  - d. Caracterizar a incerteza pertencente à tarefa e analisar como ela influencia na variedade sequencial;
  - e. Caracterizar a mudança de agentes e analisar como ela influencia na variedade sequencial.

### **1.3. Estrutura do trabalho**

O trabalho está estruturado de forma que, inicialmente, o conjunto de conceitos que embasa a pesquisa empírica é apresentado. Na sequência detalham-se as escolhas metodológicas e o processo pelo qual a pesquisa foi conduzida. Também se detalha como os dados gerados a partir da pesquisa foram organizados, descritos e analisados. Na sequência do trabalho um diálogo do empírico com o teórico é promovido para, no final, as conclusões da pesquisa serem apresentadas juntamente com limitações e sugestões para estudos futuros.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

Nesta revisão, são debatidos pressupostos da literatura de rotinas organizacionais que convergem à elaboração do quadro teórico necessário para realização da pesquisa. Na primeira seção, foca-se na definição de um conceito de rotinas organizacionais. Apresentam-se inicialmente algumas distinções importantes do conceito de rotinas organizacionais de outros conceitos correlatos. Além disso, apresenta-se um conjunto de exemplos de estudos empíricos sobre rotinas organizacionais, bem como uma definição do conceito a ser utilizada. Na sequência trata-se dos aspectos ostensivo e performativo, duas facetas importantes para a compreensão empírica das rotinas organizacionais. A apresentação destas formas de compreender as rotinas é seguida pela revisão dos antecedentes, características e resultados às rotinas organizacionais com foco em aprofundar o que se sabe sobre variedade sequencial, elemento central desta proposta. Como forma de estabelecer a ligação do objeto de pesquisa com a seleção dos casos estudados, faz-se, por fim, um breve comentário a respeito do papel do conceito de rotinas organizacionais na literatura de estratégia.

### **2.1. O conceito de rotinas organizacionais**

A natureza onipresente do fenômeno das rotinas organizacionais faz com que praticamente não se possa identificar uma organização sem rotinas em execução. Para Becker (2008, p. 3, tradução nossa), “rotinas organizacionais são os blocos constituintes das organizações: elas capturam os modos típicos pelos quais as organizações cumprem suas tarefas”. Essa representatividade do conceito, associada ao fato de que todos têm uma ideia intuitiva do que são rotinas, motivou grande diversidade de estudos e culminou em pequenas confusões a respeito do conceito de rotinas organizacionais (Weiss e Ilgen, 1985; Cohen *et al.*, 1996; Feldman e Pentland, 2003; Becker, 2008; Becker e Lazaric, 2009; Salvato e Rerup, 2010).

Rotinas não devem ser confundidas com hábitos (Hodgson, 2004; Hodgson e Knudsen, 2004), pois são disposições coletivas a um determinado comportamento em uma determinada situação, podendo ser restritas a grupos ou estender-se por toda a organização (Hodgson, 2008; Salvato e Rerup, 2010). Seu nível de análise é, portanto, o coletivo, como por exemplo, os conceitos de instituições, normas e convenções (Becker, 2008; Becker e Lazaric, 2009). Nesse sentido, as rotinas organizacionais são uma fração do comportamento organizacional em sua totalidade.

Essa fração é composta de ações individuais executadas com base em habilidades específicas (Nelson e Winter, 1982) negociadas coletivamente e entendidas como adequadas para que o fluxo de atividades ocorra de forma coordenada e eficiente. Rotinas e hábitos podem ser similares em função de seu aspecto recorrente. Porém, a característica repetitiva é, no âmbito individual o elemento central do hábito e, no âmbito coletivo, o cerne de uma rotina organizacional (Becker, 2008).

Também é comum que o conceito de rotinas organizacionais seja confundido com o de conhecimento. Feldman e Pentland (2003) distinguem os dois conceitos, afirmando que rotinas organizacionais são produto do conhecimento, reforçando o entendimento fundamental da obra de Nelson e Winter (1982). Conforme explica Hodgson (2009, p. 39), “elas são repositórios e carregadores de conhecimento e habilidades. A rotina é frequentemente o meio pelo qual habilidades individuais são acionadas e energizadas.” Significa dizer que, à medida que as rotinas são executadas e reexecutadas, os participantes e a organização utilizam e acumulam informações, por vezes gerando novas, a respeito das tarefas executadas e de seu encadeamento. Isso é claro em especial quando observado o aspecto socialmente compartilhado das rotinas em que o conhecimento não se limita ao plano individual – e muitas vezes tácito –, e é socializado por artefatos formais (instruções escritas, formulários, fluxos, atas de reuniões e outros) e informais entre os participantes.

Argote e Miron-Spektor (2011) concordam que as rotinas organizacionais são repositórios que armazenam o conhecimento e afirmam adicionalmente que elas podem, às vezes, servir como mecanismos de transferência. A discussão da transmissão de conhecimento por meio de rotinas também auxilia a compreender a diferença existente entre os conceitos. Gabriel Szulanski e Sidney G. Winter (Szulanski, 1996; 2000; Winter e Szulanski, 2001; 2002) difundiram a ideia de *stickiness* ao analisar as barreiras que impedem a transmissão do conhecimento de uma organização para a outra em forma de rotinas organizacionais. Nesse contexto, a rotina que existe na organização fonte é uma expressão do conhecimento local. Quando a rotina estiver estruturada e sendo executada de forma similar na organização de destino – sendo o motivo dessa transferência uma aquisição de uma empresa por exemplo, ocorrerá o que os autores chamam de integração entre as organizações tendo o conhecimento sido transferido. Dessa explicação, é possível depreender que rotinas são expressões do conhecimento existente ou aprendido com a experiência de execução e não o conhecimento em si.

Embora rotinas organizacionais possam ter sido confundidas com heurísticas (Nelson e Winter, 1982; Dosi *et al.*, 2000; Becker, 2005a), no passado, já se argumentava sobre as diferenças (Cohen *et al.*, 1996), e trabalhos empíricos recentes (Bingham *et al.*, 2007; Bingham e Eisenhardt, 2011) prestaram-se a diferenciar os conceitos com base em estudos empíricos. Seguindo a linha de distinção entre rotinas organizacionais e conhecimento, heurísticas são também menos observáveis, mais individuais e aparecem no processo organizacional como um resultado da execução de rotinas. Por definição, pode-se afirmar que

*Heuristics are cognitive shortcuts that emerge when information, time, and processing capacity are limited (Newell and Simon, 1972). As Cohen and colleagues (1996) describe, routines are distinct from heuristics. Routines provide a very detailed, often quasi-automatic response to particular problems that may not be viewed as problems, whereas heuristics provide a common structure for a range of similar problems, but supply few details regarding specific solutions to address them (Bingham e Eisenhardt, 2011, p. 1439).*

Portanto, rotinas e heurísticas acabam por atender a demandas diferentes da realidade organizacional. Enquanto rotinas organizacionais são muito mais detalhadas e menos versáteis, as heurísticas são regras simples de natureza predominantemente cognitiva. Isso as torna entidades diferentes, apesar de estreitamente relacionadas.

Rotinas organizacionais são, portanto, padrões de ações interdependentes, repetitivas e reconhecíveis desempenhadas por múltiplos atores (Feldman e Pentland, 2003). Há situações na literatura em que o conceito aparece com ênfase no aspecto repetitivo e na interdependência das ações (Becker, 2005a) e há situações em que o conceito é abordado com ênfase em seu potencial de flexibilidade em virtude da capacidade dos participantes de surtirem efeitos variados na composição da rotina ao longo do tempo quando a interação com o contexto ocorre (Howard-Grenville, 2005; Turner e Fern, 2012). A definição do conceito se distanciou, por exemplo, da ideia de regras. Feldman (2000, p. 611), ainda em 2000 definia rotinas organizacionais como “padrões repetidos de comportamento que estão sujeitos a regras e costumes e que não mudam muito de uma interação para a outra”.

Pentland (2011) esmiúça o conceito de Feldman e Pentland (2003) em quatro requisitos a serem satisfeitos durante o processo de observação de uma rotina. Segundo o autor, a lente que o conceito representa deve buscar evidenciar um fenômeno: (i) repetitivo; (ii) que apresente padrões reconhecíveis de ações, mesmo sendo diferente nas execuções; (iii) que apresente

interdependência entre as ações desempenhadas ao longo do processo; e, (iv) que envolva múltiplos atores. Para o autor, se qualquer uma dessas condições estiver ausente, o fenômeno observado não será uma rotina organizacional. Toda busca pela identificação de fatores que originam, modificam ou inutilizam rotinas deve estar relacionada a esses quatro fatores. Acessá-los e evidenciá-los é endereçar a recorrência do padrão de ações e avançar na explicação do fenômeno que está sendo reproduzido na organização.

Na essência, trata-se de um conceito simples e que atualmente pode ser considerado bastante exemplificado na literatura. Se antigamente metáforas como a do hábito (Nelson e Winter, 1982), dos programas de computador ou scripts (March e Simon, 1958; Cohen, 2007a) e dos genes (Nelson e Winter, 1982) dominavam o cenário teórico do estudo de rotinas nas tentativas de alusão a exemplos, atualmente já se encontram estudos empíricos em quantidade.

Como exemplos de estudos que evidenciaram a existência, estrutura e características de rotinas organizacionais, alguns autores tem se destacado recentemente. Pentland *et al.* (2010) descreveram as rotinas organizacionais de processamento de notas em quatro organizações norueguesas, utilizando fluxogramas e tabelas de sequências de eventos. Nesse estudo, os autores chamam a atenção para a variação, explicando que esta deve ser foco de pesquisa e não deve ser tratada como irrelevante.

Howard-Grenville (2005) ingressou no campo empírico e fez observações extensivas muito antes de decidir por descrever a rotina organizacional chamada “*roadmapping*”. Nesse procedimento organizacional, os participantes procuram reduzir a incerteza em relação a um futuro próximo (1 ano, nesse caso) pelo estabelecimento de objetivos e decisões a serem tomadas. Por meio de descrições textuais bastante detalhadas, a autora percebeu que a rotina permanecia sendo utilizada mesmo que com sutis variações em sua composição.

Feldman (2000), por sua vez, descreveu um conjunto de cinco rotinas organizacionais utilizadas na gestão de um alojamento de estudantes de uma grande universidade norte-americana. As rotinas envolviam o orçamento do alojamento, contratação e treinamento de pessoas para a operação, bem como procedimentos de alocação de estudantes nos quartos, realizados no início do ano, e procedimentos de desalojamento e encerramento do ano letivo. A autora descreve as mudanças ocorridas nas rotinas mencionadas como forma de evidenciar seu aspecto performativo e o potencial para mudança existente nelas.

Turner e Rindova (2012) descrevem uma rotina organizacional de coleta de lixo em seis organizações diferentes. Os autores selecionaram essa rotina porque, além de ter fronteiras bastante delimitadas, é possível verificar as fontes das mudanças ocorridas com certa clareza, visto que tráfego, quebras de caminhões, trocas de funcionários e mudanças climáticas, por exemplo, são bastante perceptíveis. A partir dessa descrição, os autores argumentam que as fontes de alterações no padrão das rotinas executadas representam uma pressão pela mudança que é balanceada pelo caráter repetitivo das tarefas realizadas pelos participantes.

Outro exemplo interessante de rotina organizacional descrito na literatura foi empreendido por Pentland e Reuter (1994). Os autores descrevem as rotinas e, nesse caso, fazem uma analogia entre gramática e ação, utilizadas por uma empresa de desenvolvimento de software para prestar assistência técnica via telefone para seus clientes. Eles não só descrevem as rotinas no que diz respeito ao conteúdo de cada ação que é realizada, como também evidenciam a sequência de ações dos 20 casos avaliados de forma comparativa. Esse exemplo é especialmente elucidativo para a construção da ideia operacional de variedade sequencial.

Um último exemplo é o estudo de Lazaric e Denis (2005), no qual descrevem o processo de rotinização de ações decorrentes da implantação de normas de *International Organization for Standardization* (ISO) em uma empresa francesa de processamento de carnes. Os autores selecionaram duas rotinas organizacionais identificadas como mais apropriadas ao estudo. A primeira rotina era de controle de qualidade e a segunda de desosso de carne. Ao longo do estudo, os pesquisadores perceberam alto estresse dos participantes na execução das rotinas. Isso ocorreu em razão da ISO requisitar que eles descrevessem suas tarefas em detalhes, algo a que não estavam acostumados. O problema fora atenuado com um novo sistema de incentivos.

Além desses exemplos, o estudo de Miner *et al.* (2008) é interessante de ser consultado, pois os autores realizaram extensivo levantamento de estudos empíricos sobre rotinas organizacionais.

Os exemplos mencionados foram descritos separadamente por utilizarem principalmente dados qualitativos e primários, como entrevistas e observação. Entretanto muitos estudos em rotinas organizacionais utilizaram experimentos e simulações (Betsch *et al.*, 2001; Pentland, 2003a; Betsch *et al.*, 2004; Prietula e Watson, 2008; Miller *et al.*, 2012; Pentland *et al.*, 2012; Gao *et al.*, 2014) para capturar efeitos de diversos fatores pretendidos pelos autores.

O artigo de Cohen e Bacdayan (1994) sobre memória procedimental é, talvez, o experimento sobre rotinas organizacionais mais disseminado no campo de organizações, contando com mais de mil citações<sup>1</sup>. Para avaliar a existência da memória procedimental no nível coletivo, os autores realizaram um experimento com cartas. Todas as rodadas contavam com a participação de duas pessoas, buscando garantir que as tarefas fossem encadeadas entre os participantes, garantindo que os achados fossem coerentes com o nível de análise proposto na literatura de rotinas organizacionais. Após o experimento, foi possível observar a diminuição da variação das jogadas na solução do problema, pois a comparação de uma configuração específica de cartas dada no começo do jogo com a mesma configuração dada 25 mãos depois resultou em uma média que caiu de 3,7 para 1,8 movimentos. Com relação ao tempo, também houve significativa melhora na velocidade com que os pares cumpriam o objetivo do jogo de cartas. Os autores identificaram que, no começo do experimento, que poderia constituir-se de até 40 rodadas, os pares realizavam movimentos mais lentos. Ao longo do jogo, uma sequência de movimentos era aprendida e premeditada, possibilitando realizar cada movimento mais rapidamente sem que isso implicasse em erro e desconto no incentivo financeiro garantido no experimento. Nota-se aí a formação de rotinas. Quando submetidos a uma nova regra, os participantes obtiveram desempenho pior do que quando submetidos a um longo período de tempo de intervalo entre as mãos. As evidências desse estudo mostram a ligação de rotinas organizacionais com a eficiência no que se refere à melhoria do tempo e otimização da tarefa, bem como a existência e os efeitos da memória procedimental em sua dinâmica de formação e manutenção.

O conceito de rotinas organizacionais é coeso o suficiente para já ser considerado consolidado no contexto da teoria evolucionária da firma (Nelson e Winter, 1982; Aldrich e Ruef, 2006). As diferenças estabelecidas para outros conceitos e os diversos exemplos de pesquisas empíricas subsidiam este entendimento.

## **2.2. Os aspectos ostensivo e performativo das rotinas organizacionais**

A despeito das referidas confusões, muito se sabe a respeito de rotinas organizacionais. Diversos trabalhos (Becker, 2004; 2008; Becker e Zirpoli, 2008; Becker e Lazaric, 2009;

---

<sup>1</sup> Fonte: Google Scholar.

Milagres, 2011) revisam o estado-da-arte do desenvolvimento da literatura de rotinas organizacionais, discutindo sua definição, composição, suas características, a dinâmica inerente a elas e a relação delas com comportamentos mais específicos (individuais) e mais amplos (organizacionais ou até do campo), estes últimos culminando no que se convencionou chamar de microfundações (*microfoundations*) (Abell *et al.*, 2008; Eisenhardt *et al.*, 2010; Felin *et al.*, 2012).

O trabalho de Feldman e Pentland (2003) consolidou o entendimento de rotinas organizacionais como capazes de gerar mudança endógena a partir da explicação aprofundada da relação recorrente entre os aspectos ostensivo e performativo. Segundo Pentland *et al.* (2012), essa noção representa uma explicação alternativa para a metáfora das rotinas como genes suscetíveis à mutação (Nelson e Winter, 1982). Nela, rotinas organizacionais são consideradas padrões recorrentes de ação (Cohen, 2007b; Pentland *et al.*, 2010). Pentland *et al.* (2012) ancoram seu argumento na ideia de que a variação, a seleção e a retenção (Miner *et al.*, 2008) ocorrem dentro da rotina e não como uma recombinação de material genético, metáfora amplamente explorada na literatura antiga de rotinas.

Dessa forma, os autores minimizam a polarização em que rotinas organizacionais são ou fenótipos ou genótipos, ou, como afirma Hodgson (2008), são ou disposições ou comportamentos em si. Ambos aspectos são relevantes e servem tanto conceitualmente quanto para pesquisa empírica. Supera-se, segundo Pentland, Haerem e Hillison (Pentland *et al.*, 2010), uma metáfora que nem mesmo os biólogos a utilizam atualmente. Com vistas a tornar essa assunção clara, vale lembrar o exemplo dado por Hodgson (2008) no capítulo do *Handbook of Organizational Routines*, em que o conceito de rotinas é debatido. O autor compara o âmago de uma rotina a um pássaro: pássaros voam. O que define um pássaro é sua capacidade de voar e não o ato de estar voando. Dessa forma, uma rotina organizacional deveria ser entendida como a capacidade de fazer algo e não o ato de estar fazendo. Entretanto, Pentland *et al.* (2012) e Feldman e Pentland (2003) superam essa dicotomia ao propor que tanto a essência conceitual quanto análises empíricas de rotinas organizacionais devem abarcar potencialidade e atualidade evidenciando o aspecto ostensivo e performativo ao mesmo tempo.

Pode-se afirmar que esse entendimento moderno da relação entre os dois aspectos componentes das rotinas organizacionais é o que favorece oportunidades subsequentes de variação, seleção e retenção de novos padrões. Ainda segundo os nomes mais proeminentes da literatura de

rotinas organizacionais, a professora Feldman e o professor Pentland, pode-se defini-los da seguinte forma:

*The ostensive aspect is the ideal or schematic form of a routine. It is the abstract, generalized idea of the routine, or the routine in principle. The performative aspect of the routine consists of specific actions, by specific people, in specific places and times. It is the routine in practice. Both of these aspects are necessary for an organizational routine to exist (Feldman e Pentland, 2003, p. 101).*

Ocorre, portanto, uma reflexão imediatamente anterior à execução de cada ação componente da rotina organizacional (Geiger e Schroder, 2014). Os diferentes participantes utilizam o conhecimento que detêm, em consonância com as regras e os padrões organizacionais que conhecem sobre uma determinada tarefa (disposições), para analisar a situação que se apresenta e adaptar aquilo que têm em mente como rotina ideal ou possível – o componente do aspecto ostensivo. A adaptação considera a realidade momentânea, e os participantes representam seu papel (constituindo o aspecto performativo, o comportamento), agindo de forma que entreguem uma alternativa de comportamento igualmente eficiente e legítima ao conjunto de tarefas que compõe a rotina organizacional em curso.

Entretanto, não há conjunto de regras capaz de especificar completamente como se deve agir, em especial diante da complexidade da realidade organizacional e da dinâmica inerente aos elementos do ambiente no qual a organização está inserida. Sendo assim, sempre haverá espaço para que os participantes utilizem conhecimentos obtidos nas mais diversas situações para questionar o modo que deveriam estar utilizando para agir. Do uso de conhecimentos relacionados para o questionamento e a alteração da tarefa a ser executada, surgirá a mudança que se advoga ser inerente às rotinas organizacionais. Feldman e Pentland referem-se a isso como o elemento de improviso associado às rotinas organizacionais (Feldman e Pentland, 2003).

A descrição dos autores sobre essa relação fornece subsídios fundamentais para se compreender e definir a dinâmica da alteração nas configurações de rotinas organizacionais. A dinâmica baseia-se no tripé de processos conhecido pelos elementos variação, seleção e retenção (Feldman e Pentland, 2003; Miner *et al.*, 2008). Apesar de tender à estabilidade, assume-se que as organizações têm um conjunto de rotinas organizacionais que são modificadas a partir da experiência (Miner *et al.*, 2008). Diante disso, a experiência possibilita criar variação na configuração das rotinas organizacionais em uso. Isso ocorre não somente a partir de uma busca intencional, mas sim a partir de diversos estímulos que podem impactar na variedade da

configuração de ações de uma rotina em suas diferentes execuções, como a atividade de pesquisa e desenvolvimento, por exemplo. A seleção irá atuar quando o processo de variação em curso entregar o resultado esperado da rotina em questão (Levitt e March, 1988), ou seja, quando a rotina estiver produzindo uma determinada saída com o nível de eficiência esperado, o processo de seleção fará reduzir drasticamente a variação entre suas execuções. Um exemplo desse processo é que, quando a organização alcança um resultado melhor de uma rotina organizacional a partir da implantação de um programa de qualidade, em geral ocorre a manutenção daquela configuração em voga. A retenção ocorrerá não só pela tendência à estabilidade, que envolve aspectos sociais e técnicos da opção pela continuidade da configuração de uma rotina organizacional, mas também em razão de a racionalidade limitada estabelecer um ponto em que não é possível conceber alternativas novas de configuração para aquela rotina organizacional. Para que a retenção ocorra, com frequência se utiliza o suporte de descrições do processo atualmente desenvolvido, como é o caso da descrição de funções e tarefas a serem executadas por novos profissionais contratados nas organizações.

Há diversos desdobramentos teóricos e empíricos oriundos da compreensão do processo de variação, seleção e retenção. Como explicado anteriormente, tanto a variação quanto a seleção estão preponderantemente ligadas à experiência anterior dos participantes das rotinas. A retenção, por sua vez, é influenciada por um mecanismo cognitivo bastante relevante na manutenção de padrões da ação. Existe um postulado bastante difundido na literatura de rotinas organizacionais em que afirma-se que elas são armazenadas como memória procedimental (*procedural memory*) distribuída (Cohen e Bacdayan, 1994). Baseado em ideias da psicologia, o conceito trata da forma com que são armazenadas as memórias individuais relativas a habilidades motoras e cognitivas (Tulving e Schacter, 1990). Esse tipo de memória é diferente daquela que se refere a fatos, ideias e eventos, chamada de declarativa (Squire, 1987). O exemplo mais claro da existência da memória procedimental vem da observação do comportamento de pacientes com alguns tipos de amnesia. Apesar de serem capazes de melhorar seu conhecimento sobre um jogo como damas, por exemplo, os pacientes não eram capazes de lembrar-se de aulas ocorridas (Tulving e Schacter, 1990). Em organizações, a existência da memória procedimental torna o conhecimento expresso por meio da execução de rotinas organizacionais menos sujeito a ser esquecido e mais rápido de ser acessado. Ao mesmo tempo, porém, faz com que ele seja menos fácil de ser explicitado (apesar de bastante acessível, especialmente quando acionado por sinais visuais) e menos fácil de ser transferido para novas circunstâncias quando comparado ao conhecimento declarativo (Cohen e Bacdayan, 1994).

### 2.3. Antecedentes, características e resultados das rotinas organizacionais

O crescente interesse por rotinas organizacionais faz com que seja necessário desenvolver especificações, definições operacionais e medidas que possibilitem não só visualizar o conjunto de ações interdependentes que são executadas, mas também viabilizar parâmetros que facilitem comparações entre rotinas. Quando se trata de características genéricas das rotinas organizacionais, como os entendimentos já abordados de que elas são repetitivas, coletivas e compostas de ações interdependentes, por exemplo, é possível dizer que um grande conjunto de estudos possuía este objetivo (Becker, 2004; 2008; Becker e Zirpoli, 2008; Becker e Lazaric, 2009; Milagres, 2011). Entretanto, o esforço em diferenciar rotinas organizacionais de outros conceitos difere do esforço de diferenciar rotinas organizacionais específicas umas das outras. Sob esse prisma, Becker (2005b) propôs observar inicialmente duas características como sendo elementos fundamentais das rotinas que são frequência de execução e variedade sequencial. Segundo o autor, o aumento ou a diminuição na grandeza dessas duas características afeta os resultados que uma rotina traz para a organização em termos de coordenação, de economia de recursos cognitivos e de aprendizagem. Tanto características quanto resultados são ainda afetados por uma série de antecedentes que, segundo ele não são exatamente traços da rotina em si, mas sim condições sob as quais elas são executadas. Os quatro principais antecedentes são: complexidade da tarefa, interdependência da tarefa, pressão de tempo e incerteza pertencente à tarefa. Entretanto o autor também menciona a intensidade de troca dos agentes que executam as tarefas como algo a ser considerado. Na sequência desta seção exploram-se em detalhes cada um dos antecedentes, das características e dos resultados apresentados pelo autor com ênfase na variedade sequencial.

O antecedente chamado complexidade da tarefa se refere ao número de tarefas executadas como forma de completar uma rotina organizacional (Becker, 2005b). Enquanto, por exemplo, o processo produtivo de um *smartphone* tem tão alta complexidade de tarefas que chega a ponto de influenciar na seleção do país em que ele irá ocorrer (Girotra e Netessine, 2012), o processo de atendimento em um *call center* pode se resumir a algo entre três e doze passos, conforme a já clássica pesquisa de Pentland e Reuter (1994). Além das tarefas em si, Hærem *et al.* (2015) destacam a necessidade de se compreender as ligações possíveis entre elas, o que pode potencializar a complexidade de uma tarefa, especialmente nos níveis de análise coletivos.

A interdependência da tarefa está ligada ao número, porém refere-se mais especificamente à intensidade das ligações entre as sucessivas tarefas, no mesmo sentido que se refere a artefatos

que possibilitam a execução da rotina organizacional em questão. Nesse sentido, a interdependência é um antecedente que restringe o número de combinações possíveis de passos de uma rotina. Supondo uma rotina com três passos A, B e C, em que B só pode ser executado depois de A e C depende muito de B, o que configura uma situação de alta interdependência entre as tarefas, somente um caminho será possível: A, depois B e depois C. No caso de C e B não terem tão grande interdependência abre-se um novo caminho possível que exclui B fazendo com que A-C seja suficiente para produzir o resultado esperado. Gann (1996) mostra que, mesmo depois de um longo processo de interação e aprendizagem mútua entre a indústria de casas pré-fabricadas e a indústria automobilística no Japão, o procedimento de montagem de um carro tem ligações bastante intensas entre as tarefas que se sucedem enquanto a necessidade de customização dos consumidores de casas faz com que essa indústria não consiga implementar determinadas técnicas de industrialização. No processo de produção de automóveis, a rotina central, de montagem, está ligada a diversas outras rotinas que necessitam estar funcionando em paralelo, sob pena de haver atrasos no fluxo de montagem. No caso das casas há menor interdependência entre as tarefas de produção até que chegue o momento de montar a casa.

Há diversas situações do cotidiano organizacional em que uma rotina organizacional está condicionada à baixa disponibilidade de tempo para execução. Nessas situações, elas, em geral, apresentarão menor variação entre as tarefas de sua composição (Betsch *et al.*, 2001). Pressão de tempo é um antecedente das rotinas organizacionais que influencia na forma com que a rotina é executada. A disponibilidade de tempo está relacionada à quão rápidas devem ser desempenhadas as tarefas que possibilitam à rotina organizacional produzir o resultado para o qual ela é concebida. Elementos como, por exemplo, o controle de horários em que um ônibus deve sair do ponto inicial influenciam em quão rápida deve ser dada a manutenção necessária ao veículo no período em que ele estiver sendo preparado para uma nova execução da rotina de transporte. Nesse contexto, o tempo disponível ou a falta dele, fará pressões para a estruturação da rotina, visando agilizar a tarefa sem que ela deixe de entregar os resultados esperados. Conforme exemplifica Becker (2005b), as rotinas executadas pelas equipes de companhias aéreas para decolagem dos voos podem ser ditas como altamente padronizadas. Isso se deve não somente a limitações de tempo, mas também à dependência das rotinas executadas imediatamente antes da decolagem do avião de outras rotinas que estão sujeitas às mais diversas incertezas, como atrasos de passageiros, problemas técnicos do avião, do aeroporto, entre outras. Dessa forma, os antecedentes de uma rotina organizacional podem influenciar de maneira

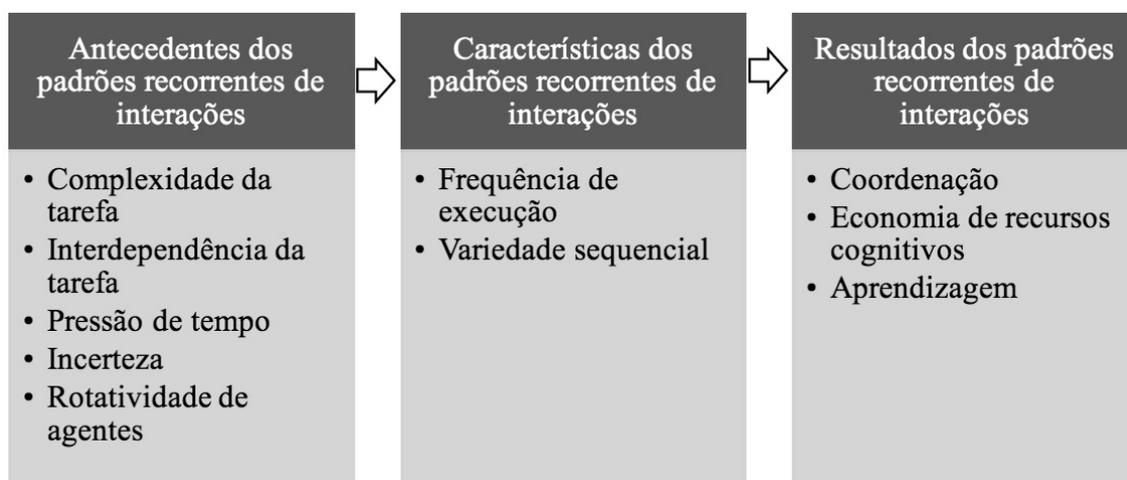
significativa em suas características, fazendo-a mais ou menos estruturada e mais ou menos repetida dentro da organização, culminando em diferentes resultados.

A incerteza da tarefa relaciona-se a quão previsível é uma nova execução da rotina. Se a execução for costumeiramente feita sem que haja influências de fatores que gerem modificações no conjunto de ações que é executado, a incerteza será baixa. Se houverem mudanças decorrentes do contexto ou dos recursos sob as quais não se tem controle influenciando a execução da rotina a incerteza poderá ser dita como alta. Gittell (2000 p. 523-524) cita como exemplo de fontes de incerteza para a execução de uma decolagem de avião fatores como a chegada e saída de outros voos, que pode atrasar ocasionando a ocupação da pista e gerando um novo horário de decolagem. Ela fala também de dificuldades mecânicas e condições climáticas como sendo fatores que fazem com que a incerteza seja alta. Essas fontes de incerteza são responsáveis por atrasar a tomada de decisões e também podem fazer com que decisões incomuns sejam tomadas gerando configurações de uma rotina que até então não haviam sido implementadas. Argote (1982) afirma ainda, baseando-se no estudo de unidades de emergências de hospitais, que modos de coordenação de atividades mais flexíveis são melhores para lidar com contextos de alta incerteza, enquanto modos de coordenação que incitem maior rigidez são mais favoráveis para lidar com baixa incerteza. Entretanto, Becker (2005b) afirma que espera-se por padrão que altos índices de incerteza sejam antecedentes a execuções mais regulares de rotinas organizacionais ao longo do tempo, pois com base na incapacidade de prever qual será o estado das fontes geradoras de incerteza influenciada pela racionalidade limitada, as organizações deveriam definir um maior número de comportamentos padronizados a serem executados levando em consideração a maioria das alternativas possíveis.

Há ainda um antecedente das características de rotinas organizacionais que não é explorado com a mesma ênfase por Becker (2005b), mas que é citado como uma categoria de controle que é a troca de agentes. O autor afirma que levar em consideração o ritmo de troca dos agentes que executam as tarefas componentes de uma rotina pode permitir compreender eventuais instabilidades do padrão de ações interdependentes executado. Rotinas organizacionais que forem executadas regularmente pelos mesmos agentes tenderão a alterar-se menos do que aquelas que forem executadas por um maior número de agentes executando as mesmas tarefas, em turnos, por exemplo.

No quadro de referência proposto por Becker (2005b), ilustrado na Figura 1, duas características das rotinas organizacionais são contempladas. A primeira é a frequência com que ela é

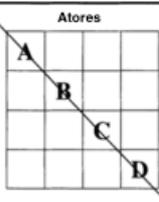
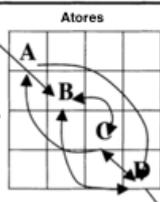
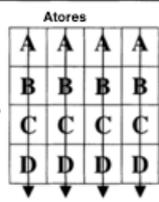
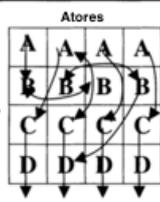
executada, e a segunda é a variedade sequencial que diz respeito à similaridade entre as diferentes execuções. Sobre a frequência de execução, a literatura afirma que rotinas que são menos frequentemente executadas têm menor efeito nas demais rotinas e nos esquemas de consenso cognitivo dos participantes (Rerup e Feldman, 2011). A frequência pode influenciar a experiência (Becker, 2005b), uma vez que, quanto maior o número de execuções, maior será a aprendizagem gerada pela rotina, maior será a percepção dos atores sobre a coerência da execução de uma determinada forma e, provavelmente, menores serão os níveis de variedade sequencial. Nesse sentido, é necessário que se atente para a frequência, ou seja, o número de vezes, em um determinado período, que a rotina organizacional é executada.



**Figura 1:** Quadro de referência para o relacionamento entre antecedentes, características e resultados.  
**Fonte:** Adaptado de Becker (2005b).

O interesse nas diferenças de composição de uma rotina organizacional entre suas várias execuções é abordado na literatura principalmente sob a denominação de variedade sequencial (*sequential variety*) (Pentland e Reuter, 1994; Feldman, 2000; Pentland, 2003a; b). Todavia, recentemente, estudos vêm utilizando a terminologia análoga “flexibilidade” para denominar característica bastante similar das rotinas organizacionais (Howard-Grenville, 2005; Turner e Fern, 2012; Turner e Rindova, 2012). A variedade sequencial é uma característica da rotina organizacional que, se medida, auxilia a operacionalizar a ideia de recorrência. Para que se possa estabelecer a intensidade da recorrência de uma rotina organizacional, é necessário uma medida de similaridade entre as tarefas, o que dará a possibilidade de observar também a variedade sequencial existente (Pentland, 2003a; b). A variedade sequencial existe a partir do

momento em que os participantes adotam formas diversas de executar uma rotina organizacional (Pentland e Reuter, 1994; Feldman, 2000; Pentland, 2003a; b). Na Figura 2 são exemplificadas situações de alta e baixa variedade sequencial, em que diferentes sequências de tarefas são executadas, muitas vezes por diferentes agentes. Também são mostradas, a título de distinção, exemplos de alta e baixa variedade de tarefas em que diferentes pessoas executam diferentes partes da rotina.

	Baixa variedade sequencial (uma sequência de ações)	Alta variedade sequencial (muitas sequências de ações)
Baixa variedade de tarefas (uma ação por ator)	 <p>Sequências de ações</p> <p>A, B, C, D A, B, C, D A, B, C, D A, B, C, D</p>	 <p>Sequências de ações</p> <p>A, D A, B, C, B, D A, D, C, A, D A, B, C, D</p>
Alta variedade de tarefas (múltiplas ações por ator)	 <p>Sequências de ações</p> <p>A, B, C, D A, B, C, D A, B, C, D A, B, C, D</p>	 <p>A, B, B, C, D A, B, C, B, D A, B, D A, B, C, D</p>

**Figura 2:** Níveis de variedade de tarefas e variedade sequencial.  
**Fonte:** Adaptado de Pentland (2003b).

É possível afirmar, portanto, que o conceito tem natureza relacional, ou seja, não é possível observá-lo olhando apenas uma execução da rotina organizacional focalizada. Essa noção está ligada à pergunta: uma rotina organizacional deve ser, toda vez, executada da mesma forma ou pode variar de uma execução para a outra? Todos os autores citados afirmam que sim, uma organização, normalmente, varia as configurações de suas rotinas organizacionais que transformam entradas em saídas. Entende-se, porém, que diferentes execuções com alguma variação não chegam a configurar outra rotina ou mesmo descaracterizar o caráter rotineiro das atividades desempenhadas (Cohen, 2007b). Nesse sentido, pode-se afirmar que suprimir uma fase ou encurtá-la de modo que não se executem por completo passos feitos em momentos anteriores configura uma situação em que a mesma rotina organizacional está sendo executada

de forma variada. Isso se justifica quando se resgata a ideia de que uma rotina pode ser compreendida pela dualidade entre os aspectos ostensivo e performativo (Feldman e Pentland, 2003). Como observado anteriormente e aqui também com base em Howard-Grenville (2005), o aspecto performativo consiste em ações específicas, representadas (no sentido de “*to enact*”) por pessoas específicas, em um local e tempo específicos. O aspecto ostensivo serve de base para a composição da percepção e da representação dos participantes sobre a rotina organizacional. A configuração ostensiva é utilizada pelos participantes para compor e executar a rotina de um modo situado em um contexto e momento. Esse novo modo é coletivamente entendido pelos participantes como a adequada representação performativa da configuração ostensiva da rotina organizacional. Entende-se que apenas a repetição constante ao longo do tempo de representações performativas diferentes dos modos imediatamente anteriores fará com que mude a composição ostensiva da rotina organizacional em questão (Feldman e Pentland, 2003).

Os autores da literatura clássica de rotinas assumem que sua contribuição principal para as organizações é conferir estabilidade, inércia e previsibilidade (Hannan e Freeman, 1984), pressupondo um ritmo de variações pequeno e sequências mais homogêneas de ações (March e Simon, 1958). Caso fosse esse o real cenário, as rotinas organizacionais seriam, de forma majoritária, reconhecidas pela variedade sequencial baixa. Recentemente, como amplamente evidenciado nesta revisão de literatura, assumiu-se que há situações em que prevalece um ritmo maior de mudanças na configuração das rotinas organizacionais (Feldman, 2000; Feldman e Pentland, 2003; Rerup e Feldman, 2011), sobretudo em ambientes dinâmicos (Teece, 2012). Esse tipo de situação contrasta com o primeiro e nele a variedade sequencial tende a ser maior do que aquela encontrada na primeira realidade descrita. É natural que essa polaridade não reflita o que se passa na realidade e que existam nuances entre os pontos extremos estabelecidos.

Não se pode negligenciar a história recente da gestão que apresenta movimentos organizacionais de padronização bastante populares nas organizações, como os ISO (*International Organization for Standardization*) (Lazaric e Denis, 2005) e o *Total Quality Management* (TQM). Ambos os movimentos foram preconizados e difundidos com o argumento de que a padronização auxilia a economizar recursos e garantir que haja controle e baixa de custos no médio e longo prazo (Besanko *et al.*, 2009). Esse tipo de movimento auxilia a definir uma tendência predominante de baixa variedade sequencial, pois, mesmo na

comparação entre organizações, seria possível detectar similaridades nas rotinas organizacionais englobadas pelos movimentos.

A literatura relacionada a rotinas organizacionais, entretanto, vem apresentando um entendimento alternativo a este. No intuito de abranger também situações em que há necessidade de mudanças mais constantes, entende-se que é possível variar a composição de uma rotina sem perda expressiva da eficiência (Pentland, 2003b). Feldman (2000) afirma que um eventual alto grau de variedade sequencial pode indicar adaptação da organização ao ambiente em curso. Dessa forma, a variedade sequencial revela-se um conceito importante de ser observado tanto em situações mais estáveis em que a organização já usufrui de posições competitivas definidas quanto situações em que mudanças estão ocorrendo.

Os resultados decorrentes das variações nos níveis em que se encontram as características e os antecedentes das rotinas podem se expressar em termos de coordenação inicialmente. Rotinizar um conjunto de tarefas significa atribuir coordenação à execução sucessiva de tarefas. Dessa forma, maiores níveis de coordenação correspondem a rotinas sendo executadas de forma mais previsível e de consenso entre os participantes. A origem principal da previsibilidade e do consenso pode ser o entendimento coletivo afinado dos agentes sobre um modo de encadeamento entre as tarefas, ou pode ser uma regra organizacional estabelecida por especialistas ou executores prévios daquela rotina. Quanto maior forem os níveis de confiança dos agentes nas decisões sobre o modo de executar uma tarefa, maior será a coordenação das atividades. Um alto nível de coordenação implicará em menos problemas e dúvidas sobre os modos de execução de um trabalho, o que deve ensejar baixos níveis de variedade sequencial.

No caso da economia de recursos cognitivos, também um resultado esperado da execução de rotinas organizacionais, pode-se dizer que quanto maior for a variedade sequencial, maior será o esforço dos agentes em tomar as decisões sobre como fazer e também maior será o esforço de se executar determinada tarefa. Isto leva a crer que a economia de recursos existe quando a variedade sequencial é baixa, pois uma estrutura bem definida, sem alteração na ordem ou na sequência dos passos, fará com que os agentes desempenhem suas atividades de forma mais automática, sem a necessidade de altos níveis de atenção ou consciência daquilo que está sendo feito. Com base nesta relação entre variedade sequencial e economia de recursos cognitivos, fica claro que na medida que processos organizacionais são executados com alto nível de variedade sequencial ter novas experiências de execução além de aumentar a economia de recursos gera aprendizagem. Executar uma tarefa componente de uma rotina e, por conseguinte,

ter a experiência de ver as tarefas interconectadas gerando um resultado de melhor qualidade e maior eficiência fará com que os agentes envolvidos na gestão e execução da rotina aprendam, pelo menos, que aquela forma é a melhor forma de se produzir o que desejam.

#### **2.4. Rotinas organizacionais e seu papel na estratégia organizacional**

Há uma complementariedade entre a perspectiva que compreende as rotinas organizacionais como processos repetitivos que conferem inércia e rigidez à estrutura organizacional (March e Simon, 1958; Nelson e Winter, 1982; Hannan e Freeman, 1984) e a literatura que argumenta que sua dinâmica interna possibilita abertura para a flexibilidade organizacional (Feldman e Pentland, 2003; Becker, 2008; Pentland *et al.*, 2011) e adaptação ao ambiente (Argote e Ren, 2012; Pentland *et al.*, 2012). Essa complementariedade evidencia de que forma o conceito de rotinas organizacionais auxilia a responder à pergunta central da pesquisa em estratégia que é: quais são os determinantes da vantagem competitiva sustentada e do desempenho superior das organizações? (Rumelt *et al.*, 1994; Powell, 2001)?

Como fonte de estabilidade, as rotinas organizacionais possibilitam eficiência e especialização para a organização. Essa eficiência ocorre, inicialmente, no plano individual, cognitivo, decorrente de um processo constante de redução da complexidade inerente à execução das tarefas organizacionais (Cohen *et al.*, 1996; Simon, 1996). A especialização ocorre quando a divisão das tarefas aumenta e os participantes, ainda no plano individual, debruçam-se nas pequenas partes da rotina em sua totalidade. À medida que todos os participantes forem economizando recursos e especializando-se, a organização passará a usufruir coletivamente desses benefícios, obtendo economia de recursos nos mais diversos sentidos, sobretudo economias decorrentes da aprendizagem (Yelle, 1979; Argote e Epple, 1990; Epple *et al.*, 1991; Besanko *et al.*, 2009).

Por outro lado, como fonte de mudança, a repetição de tarefas, inicialmente, possibilitará à organização obter e acumular experiência e conhecimento para criar padrões ostensivos de comportamento coletivo tidos como eficientes. Com base nesses padrões, irão emergir alternativas de configuração das tarefas, abrindo espaço para a mudança, sempre que a organização avaliar como necessário. Entende-se que a capacidade de codificação, armazenamento e reutilização de informações ou conhecimento constitui um sistema de memória transacional (Argote e Ren, 2012). Esse sistema funda o conceito de capacidades

dinâmicas proposto por Teece *et al.* (1997). É a partir da existência de um sistema de memória transacional que os participantes irão lembrar diferentes aspectos de uma tarefa, promovendo a especialização e a perícia complementar. Além disso, o sistema promove a credibilidade e a coordenação da rotina organizacional, pois os participantes aumentam a confiança mútua existente ao longo das diversas execuções realizadas além de trabalharem de forma fluída e eficiente. Essa condição elevará a organização ao posto de detentora de vantagens competitivas, uma vez que ela estará mais apta do que a maioria das organizações a perceber as oportunidades. Dessa forma, ela poderá desenvolver alternativas de adaptação de suas competências e recursos que melhorem seu desempenho. Cohen (2007b) afirma que a relação entre rotinas e capacidades dinâmicas ainda não está completamente compreendida. Essa afirmação antecede em um ano uma edição especial de uma edição específica do *Journal of Management Studies* chamada “*Special Issue: Micro-Origins of Organizational Routines and Capabilities*”, introduzida por Felin *et al.* (2012). A publicação dessa edição auxilia a vislumbrar a ligação entre rotinas organizacionais e estratégia por meio do conceito de capacidades dinâmicas.

Independentemente de quão turbulento for o ambiente ou de quão rígida for a estrutura organizacional, as rotinas de uma organização podem ser consideradas decisivas para a construção de vantagens competitivas e alcance do desempenho superior (Feldman, 2003; Becker, 2008; Argote e Ren, 2012).

## **2.5. Resumo do quadro teórico**

Rotinas organizacionais são parte do processo organizacional e foco deste estudo. Tendo em vista que elas conferem eficiência e um determinado grau de previsibilidade às atividades executadas dentro da organização, pode-se considerá-las padrões recorrentes de interações entre agentes. Para esmiuçar as diferentes execuções e os fatores que as originam foca-se a análise no conceito de variedade sequencial que expressa de quantas maneiras um processo rotinizado pode ser executado sem que se configure ruptura.

Antes de uma determinada execução da rotina organizacional, uma série de fatores que influenciam em sua execução está definido. Estes fatores, previstos em poucos estudos na literatura, são chamados atualmente de antecedentes. São eles: complexidade da tarefa, interdependência da tarefa, pressão de tempo e incerteza pertencente à tarefa, além de troca dos agentes.

A literatura postula alguns modos pelos quais essa influencia ocorre, mas ainda faltam evidências empíricas para que se tenha maior compreensão da relação entre os referidos conceitos.

### 3. METODOLOGIA

O objetivo desta pesquisa é analisar como os antecedentes influenciam a variedade sequencial. Para que fosse possível atingir o objetivo, delineou-se um estudo qualitativo (Denzin e Lincoln, 2005) de dois casos (Stake, 2005). Os dados foram coletados por meio de observação (Angrosino, 2005; Bloor e Wood, 2006) em dois hospitais privados com desempenho superior na cidade de São Paulo, que serão chamados de Hospital Super (HS) e Hospital Super Luxo (HSL). A rotina organizacional selecionada para estudo foi o conjunto de tarefas executadas a título de atendimento aos pacientes nos prontos-socorros dos hospitais selecionados. Foram reunidos dados primários sobre o objeto de estudo decorrentes da observação em formato de caderno de campo. Também foram sistematizados dados secundários como fluxos, procedimentos e protocolos. O compêndio de dados foi manejado com o auxílio do software Atlas.ti. Nesta metodologia propõe-se uma adaptação da análise de conteúdo (Graneheim e Lundman, 2004; Duriau *et al.*, 2007; Bardin, 2011; Mozzato e Grzybovski, 2011) para que o objeto e o conceito principal, a variedade sequencial das rotinas organizacionais, fossem estudados satisfatoriamente.

Os próximos tópicos da seção abordam em detalhe aspectos metodológicos desta pesquisa. Para definição e consecução do método houve especial cuidado com questões relevantes mencionadas na literatura de rotinas organizacionais. Esses aspectos dividem-se nos seguintes tópicos desta seção: primeiro, considerações sobre o entendimento epistemológico da noção de rotinas organizacionais aplicado ao campo. Segundo, trata-se da natureza da pesquisa realizada bem como dos requisitos apontados em literatura para uma coleta de dados alinhada à complexidade inerente ao fenômeno. Na sequência são oferecidos detalhes de como foi feita a coleta de dados. Adicionalmente, propõe-se uma adaptação da análise de conteúdo à pesquisa em rotinas organizacionais, tendo como centro a variedade sequencial. Por fim são apresentadas definições constitutivas e operacionais e o último item é um agregado das justificativas de seleção campo, das organizações e da rotina organizacional analisada.

### 3.1. Aspectos epistemológicos da pesquisa sobre rotinas organizacionais

A literatura de rotinas organizacionais é complexa e minuciosa no que tange à discussão sobre as formas apropriadas de acesso ao objeto. Essa questão é recorrente nos debates e publicações sobre o tópico.

Mesmo autores profícuos do campo como Felin e Foss (2011) estão sujeitos a leituras equivocadas das bases da pesquisa desenvolvida até hoje em rotinas organizacionais especialmente quando se tenta pender para o aspecto performativo ou para o ostensivo. Isso se evidencia pelas reações às suas proposições (Hodgson e Knudsen, 2011; Pentland, 2011; Winter, 2011) publicadas no *Journal of Institutional Economics*. Felin e Foss (2011) sugerem que há necessidade de mais análises causais de identificação dos fatores que contribuem para que as rotinas sejam criadas, modificadas e substituídas diminuindo a relevância da experiência nesta explicação. Apesar de contrapor os argumentos que sustentam essa proposição, Pentland (2011) concorda com os autores a respeito de seu mérito. É importante identificar os fatores, mas é necessário focar na recorrência, como também sugere (Becker, 2005b). O autor que recebeu as críticas com maior estranheza foi Winter (2011 p. 257), ao afirmar que a leitura dos autores sobre a literatura de rotinas organizacionais “corresponde muito pouco à história intelectual do assunto”. O autor rechaça a ideia de que experiência e recorrência não seriam causas verdadeiras da origem das rotinas organizacionais, algo central na teoria evolucionária (Aldrich e Ruef, 2006). Para ele, quando Felin e Foss (2011) propõem que teóricos da psicologia comportamental seriam as verdadeiras bases para o estudo do fenômeno, eles ignoram que o conceito de rotinas é essencialmente histórico, dependente de uma trajetória, e que por isso, fora desenvolvido no arcabouço da teoria evolucionária. O autor ainda aponta que, em sua visão, os trabalhos seminais de rotinas organizacionais ensejam que ela se aproxima da tradição filosófica do pragmatismo de John Dewey, algo endossado por diversos outros autores do campo (Cohen, 2007b; Hodgson, 2009).

Esta discussão é fundamental para que se compreenda por qual motivo a ênfase do estudo é dada na variedade sequencial. Os autores concordam sobre a necessidade de mais análises de identificação de fatores condicionantes da modificação das rotinas, porém enfatizam que o aspecto a ser observado é a recorrência das ações. O conceito de variedade sequencial é considerado capaz de abrir a “caixa preta” (Pentland, 2003a) que são os processos de trabalho nas organizações. Ele permite analisar as variações de configuração de tarefas existentes a partir

de uma configuração base, permitindo compreender a origem das mudanças existentes nas rotinas.

Outro aspecto fundamental do estudo de rotinas organizacionais está relacionado à capacidade dos pesquisadores em esgotar sua compreensão. Cohen (2007b) afirma que, ao se admitir a perspectiva de Dewey, a pesquisa de rotinas organizacionais se defronta com o paradoxo do *n-ever changing world* (Pentland et al., 2011). Esse paradoxo é a expressão da contraposição das noções de mundo de Heráclito – “Não se entra duas vezes no mesmo rio” e Eclesiastes – “Não há nada novo sob o sol”. Trazidas para o contexto de rotinas, essas noções equivalem-se às perspectivas que enfatizam sua essência que por vezes é abordada como fluída – em constante mudança, e por vezes é compreendida como rígida – por tender a ser estática. Os efeitos desta visão de mundo potencialmente paradoxal são superados ao admitir-se que operacionalizar estudos sobre rotinas organizacionais pressupõe compreender que há uma flutuação natural na configuração da rotina organizacional. Cohen (2007b) utiliza o conceito de hábito de Dewey para recomendar que rotinas organizacionais sejam vistas como padrões na variedade (*patterns-in-variety*).

Segundo Powell (2001) – em sua argumentação sobre vantagens competitivas e desempenho superior sustentado –, Dewey e os pragmáticos propõem uma abordagem científica que produza uma teoria instrumental. Para um pragmático, uma boa teoria é aquela que facilita caminhos frutíferos para solucionar problemas humanos. Powell (2001, p. 884) assevera que o pragmatismo constitui “uma tentativa legítima de resolver o problema central que os pesquisadores enfrentam – explicar o desempenho superior sustentado – bem como o problema central dos gestores – criar vantagens competitivas sustentáveis.” Os entendimentos de Powell sobre a via mais adequada para a pesquisa em estratégia também orientam esta pesquisa no sentido de indicar uma forma de construir teoria alternativa para a pesquisa em rotinas organizacionais.

Com base nesta discussão, esta pesquisa não se debruça sob motivos que fizeram com que a rotina organizacional chegasse a ser estruturada do jeito que está. Não se busca, portanto, identificar fatores que levaram a criação, modificação e seleção de rotinas. O estudo contempla compreender quais tarefas compõem a rotina organizacional, como elas se relacionam costumeiramente e quais fatores levam a eventuais diferenciações do padrão. Isto é feito levando em consideração dois aspectos possíveis de serem pesquisados quando se observam rotinas: a oposição entre potencialidade e atualidade (Hodgson, 2008).

Como já indicado na revisão de literatura, potencialidade se refere a uma capacidade existente de realizar uma atividade de uma forma em específico, eventualmente evocada a ser posta em uso. É algo potencialmente real, porém, na essência, abstrato. A definição de Hodgson (2009), por exemplo, restringe o escopo de uma rotina às disposições existentes na organização. Segundo o autor (2009, p. 39, tradução nossa), “rotinas são disposições organizacionais para energizar padrões de comportamento condicionais dentro de um grupo organizado de indivíduos, envolvendo respostas sequenciais a deixas”.

Atualidade refere-se ao comportamento em si, ao uso observável de uma capacidade na execução de uma atividade e na produção de um resultado. Há uma tendência a se utilizar definições de rotinas que focalizam os dois aspectos mencionados (Feldman e Pentland, 2003), como é o caso desta pesquisa.

No estudo de Birnholtz *et al.* (2007), um conjunto de elementos nomeados por eles caráter organizacional – que envolve rotinas – é “regenerado”, uma vez por ano por participantes de um acampamento de verão. Os autores destacam o papel da noção de disposições na regeneração das ações. Eles, porém, enfatizam que, em um contexto de mudança constante, uma execução de uma rotina nunca deixará de levar em conta aspectos momentâneos de sua execução. Um padrão nunca será exatamente “o mesmo” ao longo do tempo, visto que as organizações nunca reexecutam uma rotina com nenhuma atenção, sem reflexão. Caso seguissem a orientação empírica para a caracterização de uma rotina organizacional como potencialidade ou disposição, pesquisadores interessados no tema deveriam descrever aquilo que os participantes conseguem lembrar e verbalizar, que é possível fazer cada vez que o acampamento fosse reeditado. Dessa forma, estariam buscando a essência da capacidade. Entretanto, os autores seguem a noção conciliadora e investigam tanto essa aceção quanto a execução em si.

Enquanto há no argumento da caracterização das rotinas organizacionais como disposições uma pretensão de que haja uniformidade no material empírico (Cohen, 2007b), isto é, que seja possível encontrar e evidenciar uma mesma capacidade de entregar um resultado ao longo de um contínuo de tempo, a abordagem conciliadora admite que rotinas organizacionais não são tão rígidas e definidas. Cohen (2007b) revisita Feldman e Pentland (2003) para afirmar que é preciso que se considere uma compreensão mais fluida e rica em detalhes das rotinas organizacionais.

Visando atender os requisitos mencionados foi escolhido o método de coleta de dados por observação, sobre o qual mais detalhes são oferecidos na próxima sessão. Durante a observação buscou-se coletar dados que dessem condições de caracterizar potencialidade e atualidade. Para reunir dados sobre potencialidade, durante as observações os colaboradores dos hospitais eram indagados sobre a possibilidade de caminhos alternativos do processo. Ao mesmo tempo, documentos que fornecessem subsídios que dessem evidências de como era previsto e possível que a rotina transcorresse eram coletados, catalogados e por vezes descritos, para posterior análise.

Com vistas a reunir evidências sobre o aspecto performativo da rotina organizacional em questão – a atualidade, eram observados atendimentos em execução tentando capturar detalhes que por ventura se mostrassem peculiares. Para capturar essas peculiaridades, mantinha-se o foco da observação sobre três aspectos dos atendimentos observados: (i) de onde vieram, ou seja, qual tarefa foi executada com o paciente antes de ele chegar no ponto em que se estava observado; (ii) o que estava sendo feito com o paciente no momento, ou seja, que tarefa da rotina estava sendo realizada para o atendimento do paciente no ponto do processo que era observado; e, (iii) para onde ele estava indo após a realização daquela tarefa, ou seja, qual a próxima tarefa a ser executada com aquele paciente. Essa orientação de observação era complementada com perguntas sobre os motivos que explicavam de onde o paciente veio, o que era feito com ele e para onde ele iria.

Acredita-se que com esta abordagem foi possível atender aos requisitos epistemológicos da perspectiva conciliadora entre atualidade e potencialidade na pesquisa em rotinas organizacionais focando a recorrência das atividades sem deixar de reconhecer a variedade inerente a ela.

### **3.2. Natureza da pesquisa**

As definições epistemológicas discutidas na seção anterior implicaram em escolhas metodológicas quase que naturais, adotadas na grande maioria dos estudos sobre rotinas organizacionais. Mesmo estudos que não se baseiam em observações de rotinas reais, como experimentos (Cohen e Bacdayan, 1994) e simulações (Pentland *et al.*, 2012), utilizam como unidade de análise a ação individual no contexto coletivo em que ela está inserida. Para atender a esta orientação, além da escolha já mencionada do método de observação (Angrosino, 2005;

Bloor e Wood, 2006) operacionalizado pelo estudo de dois casos (Stake, 2005) foi conduzida uma investigação que pode ser considerada de caráter longitudinal.

No entendimento de Cohen e Bacdayan (1994) e Pentland (2003b), rotinas organizacionais são parcialmente tácitas, no sentido cunhado por Polanyi (2009). De acordo com esse senso, há uma porção do conhecimento que reside subjacente ao que é possível ser descrito pelos participantes no que se refere a conhecimento sobre uma atividade executada. Entende-se que essa porção – que nem mesmo o próprio participante consegue expressar – é, por conseguinte, difícil de ser capturada unicamente por meio de entrevistas. Pentland (2003a) afirma que, quando perguntadas sobre se as pessoas realizam o mesmo trabalho em um determinado processo, as pessoas tendem a responder sobre sua atividade em si e não sobre a variedade possível do processo, o que reforça a adequação da observação em detrimento de entrevistas.

Entretanto, Cohen (2007b) destaca que é parte da pesquisa em rotinas organizacionais assumir que elas não são completa e explicitamente codificáveis. O autor advoga que Pentland e Feldman (2005) têm contribuído significativamente para que se admita um sentido mais rico de rotinas organizacionais, como apontado na seção anterior. Buscando minimizar esta limitação foram realizadas observações em que buscava-se saturar a observação de uma tarefa. Ao todo, foram realizadas 200 horas de observação em que um caderno de campo fora produzido. Em cada hospital a observação durou em torno de 100 horas. Estas horas de observação não levam em consideração visitas iniciais às organizações apesar de que em momentos como esse conheciam-se as instalações, as pessoas e um pouco das tarefas como eram executadas. No **Quadro 1** pode ser visto um resumo das características da pesquisa.

<b>Característica de Pesquisa</b>	<b>Definição para a Pesquisa</b>
Tipo de pesquisa	Estudo de caso qualitativo (2 casos selecionados por conveniência)
Método de coleta de dados	Observação por 200 horas
Unidade de análise	Rotina organizacional
Corte temporal	Longitudinal
Fonte de dados	Primários: caderno de campo; Secundários: relatórios, fluxogramas, diagramas, protocolos e regras.

**Quadro 1:** Resumo das características da pesquisa.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Por fim, Birnholtz *et al.* (2007) demonstram com o exemplo já mencionado que metodologias que envolvem intensa observação são mais efetivas para capturar disposições e

comportamentos propriamente ditos em situações em que as execuções tenham intervalos de tempo maiores.

### **3.3. Coleta de dados**

Durante a fase inicial do estudo, buscou-se definir uma forma de executar a observação que potencializasse a coleta de dados sobre os aspectos ostensivo e performativo da rotina, e que ao mesmo tempo permitisse compreender como se manifestava a variedade sequencial. Esta questão é suscitada por Pentland (2003a) ao dizer que para observar rotinas é necessário que o pesquisador tenha em mente três questões operacionais essenciais para a realização da pesquisa:

1. Granularidade da descrição: se refere ao nível de detalhe ou nível de agregação das atividades. Um nível muito detalhado de observação e descrição é aquele em que a tarefa é bastante esmiuçada e que informações detalhadas sobre as técnicas e métodos de realização da atividade individual são oferecidas;
2. Ponto de vista: pode variar basicamente entre observar uma execução ao longo todas as fases do processo, ou seja, acompanha-la e observar um ponto do processo coletando informações diversas vezes sobre novas execuções da tarefa de um ponto específico do processo.
3. Limites da rotina: Os limites do processo não são de estabelecimento trivial. O pesquisador deve decidir até onde pretende observar levando em consideração a totalidade da rotina organizacional que é foco do estudo. Esta definição passa pelo estabelecimento de uma atividade final, que possibilita à rotina entregar o produto de sua finalidade principal para outros processos organizacionais.

As tarefas observadas foram agregadas em pequenos maços. Por exemplo: a atividade de triagem é composta por uma série de micro atividades como auferir sinais vitais do paciente e dar entrada das informações em um sistema. Não foram coletados dados sobre detalhes como quais equipamentos eram utilizados, como eles funcionam, quais botões eram apertados etc. Além disso, decidiu-se realizar a observação permanecendo um período de tempo em cada uma das tarefas executadas para atendimento de pacientes. Ao se posicionar para observar as tarefas desempenhadas o pesquisador acaba vendo quais tarefas são feitas antes e depois da que ele observa no momento. Quando não era possível compreender por observação as tarefas que antecediam e sucediam aquela que estava em voga no momento, perguntas sobre fases

anteriores e posteriores eram feitas. Os limites da rotina, por fim, foram definidos a partir de conversas com os participantes das rotinas, bem como levando em consideração a orientação de que as tarefas essenciais eram aquelas que ofereciam assistência de saúde aos pacientes que buscavam atendimento via pronto socorro.

No Quadro 2 estão resumidas as sessões de observação com os dias e horários em que elas foram realizadas e um resumo de quais tarefas foram predominantemente observadas.

Número da sessão de observação	Data e horário	Tarefa predominantemente observada
HS – Sessão 01	27/05/2015 7h30 – 15h30	Observação geral da rotina; recepção, cadastro e triagem visual.
HS – Sessão 02	29/05/2015 7h30 – 15h30	Cadastro e triagem visual.
HS – Sessão 03	01/06/2015 7h30 – 15h30	Triagem.
HS – Sessão 04	03/06/2015 7h30 – 15h30	Triagem e entrada/saída de consulta (controle de fluxo).
HS – Sessão 05	08/06/2015 7h30 – 15h30	Controle de fluxo e medicação.
HS – Sessão 06	10/06/2015 7h30 – 13h30	Medicação e reavaliação.
HS – Sessão 07	12/06/2015 7h30 – 15h30	Medicação e chamado de retaguarda.
HS – Sessão 08	15/06/2015 7h – 15h	Chamado de retaguarda e farmácia satélite.
HS – Sessão 09	17/06/2015 7h30 – 15h30	Chamado de retaguarda e gestão de pedidos de internação.
HS – Sessão 10	19/06/2015 9h – 18h	Gestão de pedidos de internação e cuidados nas salas de repouso.
HS – Sessão 11	22/06/2015 7h30 – 12h30	Cuidados nas salas de repouso.
HS – Sessão 12	26/06/2015 7h30 – 12h30	Cuidados nas salas de repouso.
HS – Sessão 13	29/06/2015 7h30 – 12h30	Cuidados especiais e preenchimento de documentos.
HS – Sessão 14	01/07/2015 7h30 – 12h30	Preenchimento de formulários.
HSL – Sessão 01	04/01/2016 8h – 19h	Observação geral, recepção e cadastro.
HSL – Sessão 02	05/01/2016 8h – 19h	Controle de entrada nos consultórios.
HSL – Sessão 03	06/01/2016 8h – 19h	Triagem.
HSL – Sessão 04	07/01/2016 8h – 19h	Saída dos consultórios, pedidos de exames e contato com convênios.

HSL – Sessão 05	08/01/2016 8h – 19h	Medicação e farmácia satélite.
HSL – Sessão 06	11/01/2016 8h – 19h	Cuidados nos boxes de repouso.
HSL – Sessão 07	12/01/2016 8h – 19h	Cuidados nos boxes de repouso e documentação interna de processo.
HSL – Sessão 08	13/01/2016 8h – 19h	Cuidados na sala de emergência.
HSL – Sessão 09	14/01/2016 8h – 19h	Cuidados na sala de emergência.
HSL – Sessão 10	15/01/2016 8h – 19h	Cuidados na sala de emergência.

**Quadro 2:** Resumo das observações da rotina e respectivas tarefas observadas.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Em ambos os casos é possível perceber que foi feita uma observação inicial para que se tivesse uma noção ampla do processo de atendimento ao paciente executado no pronto socorro. Procurou-se identificar as tarefas e seus encadeamentos para então observar cada uma delas por um período progredindo pela rotina, conforme dito anteriormente.

Do ponto de vista operacional da pesquisa, a alternativa à esta abordagem era aguardar atendimentos na entrada do pronto-socorro e acompanhá-los ao longo do processo. Entretanto, este modo de operacionalizar a pesquisa mostrou limitações importantes que aquele que foi adotado não possui. Em primeiro lugar, houve a necessidade de considerar que a observação envolve pacientes, acompanhantes e colaboradores. Como o foco não eram as características dos pacientes e sim o processo, a rotina organizacional, caso fosse optado por acompanhar os pacientes haveria a necessidade de pedir consentimento de pacientes e acompanhantes para que a observação não implicasse problemas de sigilo de informações dos pacientes para o hospital. Observando uma tarefa por vez, foi possível garantir sigilo das informações por meio de um Termo de Confidencialidade (*NDA – Non disclosure agreement*) estabelecido entre a Fundação Getúlio Vargas e os hospitais estudados. Adicionalmente, o pesquisador foi a campo instruído para minimizar a coleta de características pessoais dos pacientes. Além disso, observar um atendimento por vez ao invés de uma tarefa por vez e vários atendimentos não permitiria capturar a variedade de casos sendo atendida – e, por conseguinte observada. Isso fica agravado pois não há regularidade na demanda. Por fim, entende-se que o aproveitamento do tempo seria menor, pois depois de observar a gama inicial de atendimentos mais frequentes como dores de garganta, estômago, ouvido etc. haveria a necessidade de aguardar casos diferentes dos já observados.

Os dados provenientes da observação foram transcritos para o meio eletrônico resultando em pouco mais de 100 páginas de relatos. Os dados secundários foram unidos aos primários para compor o compêndio de dados a serem analisados.

### **3.4. Procedimento de análise de dados**

Autores (Graneheim e Lundman, 2004; Duriau *et al.*, 2007; Bardin, 2011; Mozzato e Grzybovski, 2011) que falam sobre a metodologia concordam a respeito da adequação do uso da análise de conteúdo para tratamento de dados oriundos de observação. Neste estudo propõe-se uma adaptação da análise de conteúdo para a pesquisa da variedade sequencial em rotinas organizacionais. Este tipo de inovação metodológica é incentivado tanto na área de Administração (Mozzato e Grzybovski, 2011) quanto na área de enfermagem (Graneheim e Lundman, 2004), área ligada ao campo empírico desta pesquisa.

Esta proposição se embasa em uma série de afinidades existentes entre as práticas adotadas na análise de conteúdo e as necessidades da pesquisa de variedade sequencial em rotinas organizacionais. Inicialmente, até aonde a revisão bibliográfica desta pesquisa alcançou, não foi possível encontrar estudos de variedade sequencial utilizando metodologias qualitativas. Os estudos existentes sobre variedade sequencial propuseram a utilização de metodologias quantitativas de análise bastante consolidadas e detalhadas, focando na comparação entre as sequências de tarefas registradas em sistemas (*softwares*) de coleta de dados (Pentland, 2003a; b). Entre as metodologias de análise qualitativa de texto existentes, há um certo acordo que a mais estruturada, que possibilita maior rigor e profundidade é a análise de conteúdo (Bardin, 2011; Mozzato e Grzybovski, 2011). A noção de realidade deste tipo de análise pressupõe que sempre há uma interação entre o pesquisador e os indivíduos pesquisados, o que leva a crer que os dados são de origem mútua (não só do pesquisador, no caso de observação e nem só do indivíduo pesquisado em caso de entrevistas) e balizados pelo contexto e pelos valores dos participantes. Assim sendo, os dados sempre envolverão múltiplos significados e algum grau de viés (Graneheim e Lundman, 2004), o que é parte da ideia que é impossível capturar a completude de variações de uma rotina organizacional (Cohen, 2007b).

Adicionalmente, uma série de conceitos e técnicas já estabelecidos na análise de conteúdo possui alinhamento com as necessidades da pesquisa de variedade sequencial em rotinas organizacionais. Os principais conceitos que auxiliam na operacionalização da análise de

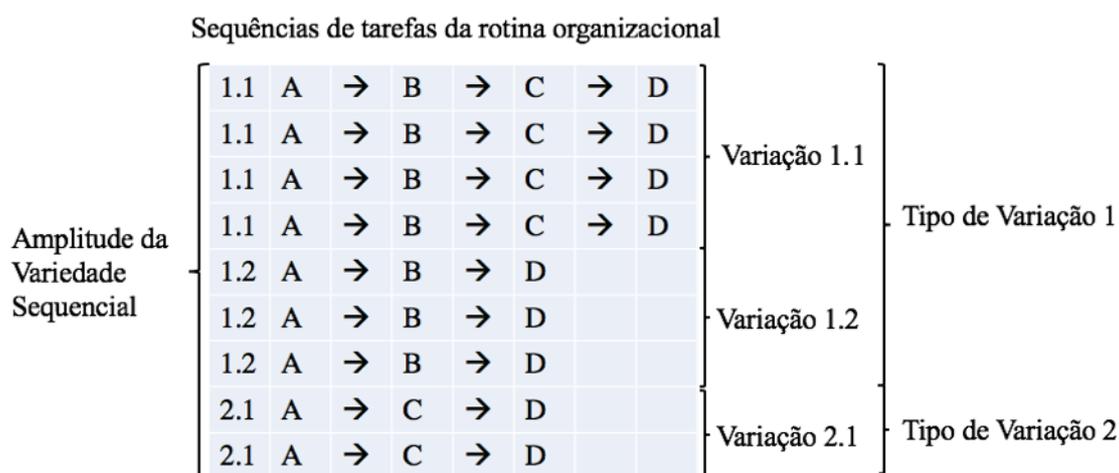
conteúdo são: conteúdo manifesto, conteúdo latente, códigos, categorias e unidade de análise (Graneheim e Lundman, 2004).

As noções de conteúdo manifesto e latente são potencialmente úteis para a constituição dos aspectos ostensivo e performativo da rotina organizacional. O conteúdo manifesto é o conteúdo do texto que trata daquilo que é visível e óbvio. Para o estudo de rotinas organizacionais, este tipo de conteúdo se refere ao aspecto performativo (ou atualidade) das rotinas. Ao observar o processo organizacional o pesquisador é capaz de ver em “tempo real” as tarefas que possibilitam caracterizar uma execução da rotina organizacional que se está pesquisando. A permanência no campo e a reunião de diversas caracterizações possibilita compará-las e estabelecer o quão variadas elas são, procurando compreender as origens dos fatores que pressionam a variedade sequencial. No caso do conteúdo latente, que envolve significados subjacentes ao texto, tem-se a possibilidade de caracterizar as potencialidades da rotina. Ao observar as tarefas executadas, o pesquisador tem a oportunidade de levantar possibilidades e questionar os agentes das tarefas sobre variações verossímeis da rotina. Obviamente que estas alternativas não estão sendo visualizadas, mas a afirmação dos participantes da rotina sobre sua exequibilidade dá ao pesquisador a possibilidade de caracterizar potencialidades das rotinas.

Nesta pesquisa, propõe-se que os códigos sejam utilizados para identificar objetos, eventos ou outros fenômenos nos textos. Os códigos passam a ser úteis na pesquisa em rotinas quando é possível utilizá-los para identificar e rotular tarefas, encadeamentos e artefatos. Eles também auxiliam a analisar fatores que influenciam na ordem das tarefas, na intensidade de ligação entre elas, nos seus resultados etc. Neste caso, os códigos são atribuídos a fatores menos objetivos, como antecedentes, especialmente quando eles significarem fontes de variação nas configurações existentes.

No caso de fatores menos objetivos as categorias são importantes por permitir o agrupamento de códigos similares e o estabelecimento de relações de categorias entre estes fatores e outros mais objetivos. No caso de fatores mais objetivos, como as sequências de tarefas, as categorias dão também a possibilidade de comparação. A partir de categorias, as sequências de tarefas identificadas podem ser agrupadas ou separadas por similaridades e diferenças na sua composição, sequência e encadeamentos. Também é possível proceder comparação entre as origens das variações existentes nas sequências de tarefas.

O conceito de unidade de análise é especialmente útil para a pesquisa sobre variedade sequencial em rotinas organizacionais. A Figura 3 representa a explicação oferecida nesta seção da metodologia da pesquisa utilizando uma suposta rotina organizacional composta de quatro tarefas, A, B, C e D. A unidade de análise é definida a partir da consolidação de três níveis de agregação de categorias. Ela representa a amplitude da variedade sequencial identificada quando da observação da rotina organizacional em questão. A unidade de análise é composta, para fins da pesquisa em rotinas organizacionais, de tipos de variação. No exemplo, a unidade de análise está dividida em um primeiro sub-nível de agregação que é composto de dois tipos de variação, duas categorias. Cada tipo de variação é composto por algumas das sequências de tarefas identificadas, que são o segundo sub-nível de agregação. O terceiro sub-nível de agregação é das tarefas em si, encadeadas de três formas possíveis (1.1, 1.2 e 2.1) que compõem as execuções possíveis da rotina organizacional.



**Figura 3:** Representação gráfica da análise qualitativa da variedade sequencial.  
**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A análise de conteúdo permite comparar as nove execuções existentes no exemplo da Figura. As que foram agrupadas no Tipo de Variação 1 são similares por serem compostas de A-B e terminarem em D. Este tipo de variação é composto da Variação 1.1 e da Variação 1.2. Cada uma delas é composta por um conjunto de tarefas configuradas em uma sequência específica. A Variação 1.1 é a base de comparação para as demais variações, pois, segundo os dados é a configuração mais frequentemente executada – são 4 das 9 possíveis, e, portanto, a configuração principal da rotina. As execuções correspondentes à sequência A-C-D foram separadas por não possuírem uma associação A-B e sim A-C que precede a tarefa D. Dessa

forma, ainda que diferentes, as variações 1.1, 1.2 e 2.1 constituem execuções da mesma rotina organizacional por iniciarem em A e terminarem em D.

Com base na proposição apresentada de uma adaptação das técnicas de análise de conteúdo para o estudo da variedade sequencial em rotinas organizacionais acredita-se ser possível responder ao objetivo desta pesquisa.

### 3.5. Definições constitutivas e operacionais

Para que fosse possível operacionalizar a codificação e análise dos dados, utilizou-se um quadro resumo de definições de conceitos necessários para a análise. Os conceitos, questões relativas à sua operacionalização e observações sobre como eles foram utilizados na análise dos dados estão disponíveis no Quadro 3.

<b>Conceito</b>	<b>Definição Constitutiva</b>	<b>Definição operacional</b>	<b>Observações</b>
Rotina organizacional	São padrões de ações interdependentes, repetitivas e reconhecíveis desempenhadas por múltiplos atores (Feldman e Pentland, 2003). Para Pentland (2011), rotinas devem apresentar caráter repetitivo, padrões reconhecíveis de ações, mesmo sendo diferentes nas execuções, interdependência entre as ações e múltiplos atores.	Para evidenciar o caráter rotineiro daquilo que se observou, foram criados códigos para evidências que apontassem para: repetição; padrões de ações mesmo que com execuções diferentes, interdependência e multiplicidade de atores.	Cada subcategoria do conceito de rotinas corresponde a um código.
Características			
Variedade sequencial	É a expressão da “variedade nas sequências de ações que formam um padrão recorrente de interações” (Becker, 2005b p.826).	A variedade sequencial é representada pelos Tipos de Variação e pelas Variações encontrados e categorizados.	Corresponde a unidade de análise utilizada na análise de conteúdo. É composta de categorias.
Frequência de execução	“[...] Repetitividade pode ser simplesmente medida como frequência, definida como a medida de quão regular o mesmo padrão de ações (medido pela variedade sequencial) foi repetido em um determinado período de tempo.” (Becker, 2005b p.826).	A frequência de execução é operacionalizada pela reunião de evidências que apontem para o número de vezes em um determinado nível de tempo que uma variação da rotina é executada. É fundamental na determinação da variação base.	A frequência de execução possui uma categoria própria, mas se vale também de codificações de tipos de variação e variações para dar dimensão de quão grande/pequena ela é.

Antecedentes			
Complexidade da tarefa	Define-se inicialmente por “quantos passos diferentes se requer para que uma tarefa seja cumprida [bem como o] número de conexões entre aqueles elementos.” (Becker, 2005b p.825). Com base em Hærem <i>et al.</i> (2015 p. 452) pode-se dizer que a complexidade da tarefa refere-se também “ao número de caminhos na rede de eventos que levam ao cumprimento dos resultados das tarefas”.	Foi operacionalizada pela reunião de evidências de fatores que condicionem o aumento do número de passos componentes de uma variação da rotina organizacional.	Possui uma categoria própria em que as evidências foram codificadas.
Interdependência da tarefa	A interdependência refere-se à intensidade com que a execução de uma tarefa depende de algo. “As interdependências podem existir entre os passos individualmente, no processo (alguns passos têm que ser executados antes que outros possam começar) ou entre outros elementos requeridos no processo como ferramentas. As interdependências, em especial entre passos em si dentro do processo, agem como formas de limitar as combinações [...]”(Becker, 2005b p.825).	Foi operacionalizada pela codificação de evidências que apontem para ligações intensas entre: (i) tarefas da rotina; (ii) tarefas e pessoas; e (iii) tarefas e artefatos como sistemas, equipamentos, documentos, etc.	Possui uma categoria própria em que as evidências foram codificadas.
Pressão de tempo	Refere-se a necessidade de as tarefas serem executadas com tempo menor do que comumente há disponível para que elas sejam executadas (Becker, 2005b).	Foi operacionalizada pela codificação de evidências que remetesse para urgência ou necessidade de atendimento imediato, considerando, obviamente, o contexto de pronto-socorro em que se está inserido.	Possui uma categoria própria em que as evidências foram codificadas.
Incerteza pertencente à tarefa	Está relacionada à limitação de informações necessárias para tomada de decisão sobre o melhor modo de agir. As limitações podem surgir, por exemplo, em função de falta de recursos ou em função de necessidades específicas dos clientes (Argote, 1982).	Foi operacionalizada pela codificação de evidências que demonstrassem que o processo, com os recursos que possui, não estava preparado para lidar com aquele atendimento em específico ou com aquela situação.	Possui uma categoria própria em que as evidências foram codificadas.

Mudança de agentes	Refere-se a taxa de mudança de agentes em relação ao número total de agentes participando no processo (Becker, 2005b p.825).	Foi operacionalizada pela codificação de evidências que dessem conta das possibilidades de troca de pessoas em turnos ou de papéis incumbidos da execução de uma tarefa.	Possui uma categoria própria em que as evidências foram codificadas.
--------------------	--	--	--

**Quadro 3:** Definições operacionais e constitutivas.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

### 3.6. Seleção do campo, das organizações e da rotina organizacional

Nesta pesquisa são estudados dois hospitais privados localizados na cidade de São Paulo selecionados basicamente por conveniência. Hospitais privados são organizações relevantes de serem estudadas por sua relevância econômica e social. As despesas com saúde tanto por parte do governo como por parte das famílias ultrapassam os 8,5% do Produto Interno Bruto (PIB) (Datusus, 2009). Somente o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou mais de R\$ 7 bilhões com internações em 2009 (Marinho *et al.*, 2009). O número de hospitais no Brasil passa, atualmente, de seis mil (Fbh, 2013) e os privados representam em torno de 70% do total, segundo a Confederação Nacional de Saúde (Cns, 2016).

Entretanto, por maiores que sejam, os hospitais ainda são campo fértil para pesquisas na área de gestão. Segundo Canal (2014), a proporção de médicos que está respondendo juridicamente por erros cometidos em procedimentos ou consultas aumentou de 4% para 7% dos profissionais atuantes (em torno de 28 mil médicos). Esse índice brasileiro coaduna com os apontados por Adler (2003), que afirma que quase cem mil pessoas morrem anualmente nos Estados Unidos da América por conta de erros em procedimentos médicos.

Entende-se que, além de aspectos econômicos e sociais, as características das organizações hospitalares são favoráveis à pesquisa em rotinas organizacionais. Hospitais são organizações intensivas em conhecimento (Adler, 2003), onde capacidades e procedimentos desempenham papel central em sua competitividade. Segundo o autor, aquilo que pode ser aprendido em hospitais pode servir para diversos outros setores, como a prestação de serviços de tecnologia, em que os clientes são, no geral, igualmente pouco informados sobre especificações dos serviços que estarão contratando. Adicionalmente, Bohmer (2010) indica que organizações hospitalares não estão totalmente aptas para lidar com a aprendizagem decorrente do processo de tentativa e erro. Além disso, os hospitais têm enfrentado diversas pressões ambientais que

também justificam o seu estudo (Adler, 2003). Entre as pressões, destacam-se o aumento dos custos, o aumento da exigência de qualidade por órgãos regulatórios, a competição e, até mesmo, a intensificação do uso da contabilidade em hospitais.

Entre os indicadores apontados na literatura como representantes do desempenho hospitalar, destacam-se o número de funcionários por leito e o número de pacientes atendidos por número de funcionários. Segundo levantamento de Marinho (2001), esses dois indicadores são capazes de indicar desempenho de hospitais. Levando em consideração esses indicadores e utilizando os dados disponíveis no Datasus (Saúde, 2014), é possível definir quais organizações representam mais adequadamente as características citadas nas seções anteriores. A definição feita dessa forma auxilia no aumento da validade interna do estudo.

A escolha dos hospitais foi feita com base em sua relevância em termos de desempenho (Rumelt *et al.*, 1994; Abell *et al.*, 2008). Segundo informações do Valor Econômico (2016), o HS faturou em 2015 mais R\$ 500 milhões enquanto o HSL faturou R\$ 1,4 bilhão. Segundo dados da ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados ambos os hospitais estão entre os 27 do Brasil que possuem a acreditação da *Joint Commission International* – JCI, que uma organização com sede nos Estados Unidos da América que identifica, mede, compartilha e certifica melhores práticas de qualidade e segurança do paciente. O número de atendimentos no pronto-socorro do HS em 2014 passa de 150 mil pacientes e o número do HSL está em torno de 90 mil pacientes no mesmo ano (Anahp, 2015).

Howard-Grenville (2005) sugere anteceder a escolha das rotinas organizacionais de entrevistas com especialistas das organizações que sejam capazes de apontar rotinas que apresentem características distintivas para futura comparação. Esta pesquisa levou em consideração essa sugestão ao abordar os hospitais e perceber a relevância do atendimento feito nos prontos socorros para o desempenho dos hospitais. Além disso, foi considerada a sugestão de Edmondson *et al.* (2001) que sugerem que o procedimento fica mais interessante de ser observado quando possíveis alterações de processo estiverem ligadas à adoção de uma inovação tecnológica ou a adesão dos procedimentos adotados à padrões estabelecidos por órgãos de regulação. A rotina organizacional de atendimento a pacientes em pronto-socorro nos dois hospitais atende as referidas sugestões.

## 4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Esta seção apresenta detalhes dos dados coletados para que seja possível constatar a forma como os antecedentes influenciam a variedade sequencial. Para que isso fosse feito, foi necessário iniciar com uma descrição da rotina organizacional que é foco desta pesquisa. Logo após a descrição há uma seção evidenciando a variedade sequencial que foi encontrada no caso. Na sequência mostram-se fontes de variedade sequencial e elas são detalhadas com evidências provenientes das observações realizadas.

### 4.1. Descrição da rotina organizacional em análise

Esta seção se presta a demonstrar como o processo organizacional observado se constitui uma rotina organizacional. Isto é feito a partir da descrição de tarefas feitas de modo repetitivo e da evidenciação de encadeamentos comumente observados entre elas. Adicionalmente, são oferecidas descrições de como as tarefas dependem uma das outras e de como um conjunto de agentes interage para que elas possam ser executadas de forma a levar em consideração aspectos particulares do quadro dos pacientes atendidos. O conjunto de agentes que interage executando tarefas da rotina é composto de colaboradores com quatro formações distintas, que determinam suas atribuições.: assistentes administrativos, técnicos(as) em enfermagem, enfermeiros(as) e médicos(as)<sup>2</sup> desconsiderando eventuais estruturas hierárquicas que existem.

As descrições das tarefas componentes da rotina consideram prioritariamente padrões apresentados nos dois casos. As diferenças encontradas são colocadas em evidência durante a descrição e nas tabelas em que há detalhamentos sobre as tarefas. Os detalhamentos apresentados consideram o menor nível de granularidade observado e as tarefas por sua vez são agrupamentos de maços de ações. As tarefas foram nomeadas com verbos no infinitivo para possuírem caráter de ação a ser executada.

---

<sup>2</sup> Salienta-se que a partir deste ponto o trabalho passa-se a utilizar o gênero feminino como forma neutra para técnicas em enfermagem e enfermeiras, para que se faça justiça à maioria das pessoas envolvidas no processo. Da mesma forma, usa-se o masculino para denominar médicos pois acredita-se que eles sejam maioria apesar de as mulheres figurarem em número bastante representativo também neste grupo. Para o termo assistentes administrativos não há necessidade desta flexão.

Antes de apresentar as tarefas propriamente, é importante descrever de forma breve a estrutura física de cada um dos hospitais visando facilitar a compreensão de detalhes das tarefas. Os espaços onde a rotina organizacional é executada no Hospital Super são formados inicialmente por uma sala de espera com baias em que os pacientes são atendidos para realizar o cadastro. Além disso, duas Salas de Triagem e duas Salas de Emergência – cada uma com um leito, ficam logo na entrada do pronto-socorro. Próximo às salas de emergência há em torno de cinco consultórios. Mais adiante há uma grande estrutura formada por três grandes de salas com poltronas para medicação, tratada por eles pelo codinome de “MED01” além de uma segunda sala menor, com macas, tratada por “MED02”. No corredor que sai da MED01 há um novo espaço para espera dos pacientes e dois consultórios onde são realizadas reavaliações. Mais adiante há duas estruturas onde os pacientes tem acesso a mais conforto e privacidade. A primeira, conhecida como Repouso, é composta por 10 baias com cortinas em que os pacientes ficam com seus acompanhantes. Ao fundo dessa estrutura há uma espécie de sala de comando onde trabalham técnicos, enfermeiros e médicos que estão empenhados no tratamento dos pacientes alocados neste local. A segunda estrutura, chamada de UCE (Unidade de Cuidados Especiais) é composta por outros 10 leitos. Esses, por sua vez, são mais similares a quartos, sendo que boa parte tem banheiro próprio.

No Hospital Super Luxo há duas salas de espera na entrada do pronto-socorro. Há também duas salas de triagem, 10 consultórios e três salas de procedimento. Na sequência física da planta há uma sala grande com 15 poltronas para medicação num local ao qual os colaboradores se referem como “Obs”. Logo em seguida há uma estrutura com 17 leitos similares a quartos conhecidos por “*box*”. A partir de uma entrada separada é possível acessar uma Sala de Emergência com cinco leitos, sendo um utilizado especialmente para realização de eletrocardiogramas e os demais para usos em geral, dentro daquilo que se entende ser coerente com a noção de emergência.

A próxima seção aproveita-se da apresentação dos agentes envolvidos na execução da rotina organizacional em análise, bem como da descrição da estrutura física para introduzir e detalhar as tarefas que compõem o referido processo organizacional.

#### 4.1.1. Tarefas componentes da rotina organizacional

A observação se debruçou sobre as tarefas que são executadas quando um paciente procura pronto-atendimento. O objetivo da rotina organizacional em ambos os casos é possibilitar ao paciente atendimento visando estabilizar seu quadro de saúde. A execução de tarefas para tal finalidade pode resultar em alta médica ou internação. A alta médica pode representar que o tratamento feito no pronto-socorro deu conta de fazer com que o paciente melhorasse completamente e pode significar também que o paciente está apto a continuar um eventual tratamento prolongado em casa. Se a passagem do paciente pelo pronto socorro resultar em um pedido de internação, existindo vaga para o tipo de leito que ele necessita, ele será transferido para fora do pronto-socorro e ficará sob observação dentro do próprio hospital. Isso naturalmente significa que seu tratamento será prolongado.

A observação das tarefas postas em prática para que o processo possa culminar no resultado da rotina permitiu identificar um conjunto de quinze tarefas. Foram realizadas duas leituras dos dados em que foram separadas as tarefas observadas. Na primeira, tudo que dizia respeito a execução de uma ação foi codificado sob o código “Tarefa” e na segunda foi feito um agrupamento daquilo que era similar. São elas: recepcionar, cadastrar, triar, chamar para consulta, realizar consulta médica, requisitar médico de retaguarda, medicar, coletar amostras para exames laboratoriais, preparar e transferir para exames de imagem, realizar procedimento, monitorizar, conduzir para espera interna e reavaliação, reavaliar, emitir desfecho médico e solicitar e proceder internação. Na sequência desta seção, essas tarefas são detalhadas, porém os possíveis encadeamentos entre elas são foco da próxima seção.

Logo que o paciente chega ao hospital algumas tarefas de cunho administrativo precisam ser executadas para que ele possa avançar pelo processo. Estas tarefas são necessárias para que se tenha controle do avanço do paciente pelo pronto-socorro e para que se possa decidir quais alternativas de tratamento serão aplicadas. Elas também são importantes para que se possa proceder a requisição de autorizações junto a planos de saúde aos quais os pacientes venham a ser conveniados. Mesmo nos casos em que os pacientes são encaminhados adiante com maior rapidez as tarefas administrativas mencionadas serão executadas, cedo ou tarde, por motivos de controle administrativo. As duas tarefas que podem ser indicadas como aquelas que iniciam a rotina organizacional foram nomeadas como “recepcionar” e “cadastrar”.

O Quadro 4, detalha as tarefas mencionadas de forma a evidenciar como são executadas no Hospital Super e Hospital Super Luxo.

Tarefa	Detalhamento para cada hospital observado	
	HS	HSL
Recepcionar	<p>Consiste em fornecer uma senha ao paciente por meio de um totem eletrônico ligado ao sistema de controle de informações do paciente.</p> <p>Pode ser feito por um acompanhante no lugar do paciente caso ele esteja impossibilitado de fazê-lo.</p> <p>Pode ocorrer também com a ida de algum assistente administrativo até o paciente caso este chegue ao pronto-socorro em situação de emergência.</p>	<p>Consiste em solicitar informações básicas do paciente relativas à sua documentação para dar entrada no sistema de controle de informações sobre a necessidade de atendimento que ele possui. Isto é feito por um assistente administrativo que utiliza uma estação de computador que fica próxima a entrada física do pronto socorro. Depois disso, o assistente administrativo fornece uma senha ao paciente.</p> <p>Pode ser feito por um acompanhante no lugar do paciente caso ele esteja impossibilitado de fazê-lo.</p> <p>Pode ocorrer também com a ida de um assistente administrativo até o paciente caso este chegue ao pronto-socorro em situação de emergência.</p>
Cadastrar	<p>Consiste em solicitar informações pessoais detalhadas sobre o paciente. Basicamente as informações se dividem em informações pessoais e de um possível plano de saúde que o paciente possua. Além disso são coletadas assinaturas do paciente a título de autorização e consentimentos diversos sobre o tratamento que será dado. As informações são inseridas em um sistema informatizado.</p> <p>Pode ser feito por um acompanhante no lugar do paciente caso ele esteja impossibilitado de fazê-lo.</p> <p>Pode ocorrer também com a ida de um assistente administrativo até o paciente caso este chegue ao pronto-socorro em situação de emergência. No caso de a tarefa “cadastrar” ser realizada em caráter de emergência, é provável que ela seja executada pelo mesmo agente, juntamente com aquilo que se define como recepcionar.</p>	<p>Consiste em solicitar informações pessoais detalhadas sobre o paciente. Basicamente as informações se dividem em informações pessoais e de um possível plano de saúde que o paciente possua. Além disso são coletadas assinaturas do paciente a título de autorização e consentimentos diversos sobre o tratamento que será dado. As informações são inseridas em um sistema informatizado.</p> <p>Pode ser feito por um acompanhante no lugar do paciente caso ele esteja impossibilitado de fazê-lo.</p> <p>Pode ocorrer também com a ida de um assistente administrativo até o paciente caso este chegue ao pronto-socorro em situação de emergência. No caso da tarefa “cadastrar” ser realizada em caráter de emergência, é provável que ela seja executada por um mesmo agente juntamente com aquilo que se define como recepcionar.</p>

**Quadro 4:** Descrição das tarefas: recepcionar e cadastrar.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Pode-se observar na descrição das tarefas recepcionar e cadastrar que elas basicamente constituem-se de ações similares em ambos os hospitais. As diferenças mais acentuadas entre

as formas de realizar as tarefas estão no fato de que o HS utiliza um totem para fornecimento de senhas e o HSL não utiliza. No caso do HSL, um assistente administrativo é responsável por fazer um cadastro simplificado e fornecer a senha ao paciente para que ele aguarde o próximo passo da rotina ser executado. Em ambos os casos foi possível observar que tanto a tarefa recepcionar quanto a cadastrar podem ser executadas fora dos postos de trabalho caso haja necessidade de atender o paciente de imediato. Nos casos em que não há necessidade de atendimento imediato estas tarefas dão condições que uma próxima seja executada que é a triagem.

Triar consiste em separar os pacientes que possuem necessidade de atendimento em níveis de urgência. Esta tarefa é executada por enfermeiras e se revelou uma das tarefas mais importantes da rotina organizacional em análise. É na triagem que se define o caminho que o paciente vai seguir ao longo da rotina organizacional. Basicamente pode-se dizer que a decisão a ser tomada neste ponto do processo consiste em priorizar o paciente ou coloca-lo novamente em uma fila de espera de atendimentos que não são tão urgentes quanto os primeiros. Em ambos hospitais a triagem é feita utilizando as noções difundidas pelo *Manchester Triage System (Mackway-Jones et al., 2014)*, um conjunto de critérios e técnicas que auxilia organizações hospitalares a definirem qual paciente deve ser priorizado. Entretanto, há um ajuste da metodologia que é feito dia-a-dia com base nos tipos de quadros clínicos apresentados pelos pacientes e pelas capacidades de atendimento do hospital. Conforme pode ser constatado no Quadro 5, triar é uma tarefa centrada na decisão sobre como encaminhar o paciente, mas que também envolve realizar uma série de questionamentos e auferir sinais vitais do paciente.

Tarefa	Detalhamento	
	HS	HSL
Triar	Consiste em coletar informações sobre o quadro clínico referido pelo paciente, bem como auferir sinais vitais básicos. O paciente é chamado para a triagem a partir de sua senha. Quando entra na sala, uma enfermeira faz uma série de indagações para o paciente. Paralelamente ela também utiliza equipamentos disponíveis para realizar a medição de sinais vitais do paciente como batimentos cardíacos, temperatura etc. As informações coletadas pelas perguntas e pelos equipamentos são lançadas em um sistema que a auxiliará a decidir. Com base nestas informações e em padrões de	Consiste em coletar informações sobre o quadro clínico referido pelo paciente, bem como auferir sinais vitais básicos. O paciente é chamado para a triagem a partir de sua senha. Quando entra na sala, uma enfermeira faz uma série de indagações para o paciente. Paralelamente o profissional também utiliza equipamentos disponíveis para realizar a medição de sinais vitais do paciente como batimentos cardíacos, temperatura etc. As informações coletadas pelas perguntas e pelos equipamentos são lançadas em um sistema que auxiliará a enfermeira a decidir. Com base nestas informações e

	<p>critérios internacionais adaptados à realidade do hospital a enfermeira decide se o paciente será ou não priorizado para o atendimento. É executada em uma das duas salas específicas com espaços e equipamentos adequados para que um paciente por vez seja atendido.</p> <p>No caso do HS, conta-se com a execução de uma triagem visual nos horários e dias de picos de atendimentos. Esse modo de executar a tarefa consiste no destacamento de uma enfermeira para ficar posicionada junto à porta do pronto-socorro com a incumbência de observar e questionar os pacientes sobre seu quadro de saúde buscando identificar casos que se encaixem nos critérios de priorização adotados pelo hospital.</p> <p>Para os casos com a necessidade de atendimento imediato a triagem é realizada quase que automaticamente pelo pronto encaminhamento do paciente à uma das duas salas de emergência. Nessas situações o encaminhamento é realizado muito rapidamente quando o paciente chega ao pronto socorro graças à uma ambulância ou então quando ele ou um acompanhante acusam a necessidade já ao entrarem na porta. Um assistente administrativo chama uma enfermeira e esta direciona o paciente para a sala de emergência.</p>	<p>em padrões de critérios internacionais adaptados à realidade do hospital a enfermeira decide se o paciente será ou não priorizado para o atendimento. No caso do HSL a triagem é feita antes de um cadastro mais detalhado do paciente. Logo após ser recepcionado o paciente já é triado. Durante as observações, as profissionais de enfermagem definiram este processo como “triagem invertida”. Ela demanda que o paciente que foi priorizado faça o cadastro já dentro do percurso da rotina do hospital, caso ele não esteja acompanhado. Isto é feito pelo destacamento de um assistente administrativo que irá até o paciente. A triagem é executada em uma das duas salas específicas com espaços e equipamentos adequados para que um paciente por vez seja atendido.</p> <p>Nesta organização também se adota um protocolo de dor que é executado durante a tarefa de triar e que consiste em oferecer uma medicação leve para amenizar eventuais dores do paciente.</p> <p>Para os casos com a necessidade de atendimento imediato a triagem é realizada quase que automaticamente pelo pronto encaminhamento do paciente a um dos cinco leitos disponíveis na Sala de Emergência. Nessas situações o encaminhamento é realizado muito rapidamente pois a estrutura física permite. Há uma entrada específica para quando o paciente chega ao pronto socorro de ambulância. Existe também a possibilidade de ele ou um acompanhante acusarem a necessidade já ao entrarem na porta. Um assistente administrativo chama alguma enfermeira e esta direciona o paciente para a sala de emergência.</p>
--	--	--

**Quadro 5:** Descrição da tarefa: triar.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A tarefa de triar os pacientes é condicionada não apenas pelos critérios do *Manchester Triage System* e pelas adaptações feitas pela organização em decorrência de padrões de quadros clínicos que se apresentam. Há também um conjunto de protocolos que cada hospital adota que fazem com que a tarefa de triar culmine em uma priorização que será seguida de uma série mais rígida de ações. No caso do HS são adotados protocolos para casos de: sepse, dor torácica, AVC (acidente vascular cerebral) e traumas. No HSL há protocolos estabelecidos para cólica

nefrética (ou renal), parada cardiorrespiratória (PCR), dor torácica, síndromes coronarianas agudas (SCA) e sepse.

Depois de tomada a decisão sobre priorizar ou não o paciente, ele será encaminhado para algum dos locais do pronto-socorro de acordo com a tarefa considerada mais adequada para fornecer-lhe assistência. Na maioria dos casos, a próxima tarefa está relacionada com a realização da consulta médica por um dos médicos plantonistas.

A tarefa “realizar consulta médica” consiste em fazer um exame pormenorizado do quadro do paciente e decidir questões específicas de qual tratamento será realizado. Isto é feito por um médico por meio de questionamentos e da utilização de equipamentos adequados para constatar com maior grau de fidedignidade os sintomas que o paciente apresenta. Entretanto, como geralmente há um número pequeno de consultórios e médicos diante do contingente de pacientes à espera de atendimento, há a necessidade de se realizar uma tarefa antes da consulta médica que é aqui nomeada “chamar para consulta”. Após ser triado e não priorizado o paciente ingressará numa fila. Tanto no caso do HS quanto do HSL foi possível observar que é geralmente onde o maior número de pacientes fica aguardando. Esta fila é controlada por um colaborador provido de um computador onde todas as pessoas que aguardam tratamento estão enfileiradas e sinalizadas com níveis de prioridade de chamado. De acordo com a disponibilidade de médicos, consultórios e com a ordem definida pelo sistema a partir dos dados inseridos no sistema durante a triagem, este colaborador chama em voz alta o paciente e o direciona para o consultório e médico disponíveis. Eventualmente, dependendo do quadro do paciente, há necessidade de se recorrer à especialistas que não ficam de plantão no pronto-socorro. Eles compõem o que se chama de retaguarda do pronto-socorro. No Quadro 6 estão detalhadas estas três tarefas a partir daquilo que foi observado.

Tarefa	Detalhamento	
	HS	HSL
Chamar para consulta	Consiste em chamar o próximo paciente entre aqueles que aguardam atendimento munindo-se de informações disponíveis na tela do computador e de informações sobre a disponibilidade de consultórios e médicos no momento. Neste hospital esta tarefa é desempenhada por uma pessoa com formação técnica em enfermagem e eventualmente por uma pessoa com formação em medicina quando houver um	Consiste em chamar o próximo paciente entre aqueles que aguardam atendimento munindo-se de informações disponíveis na tela do computador e de informações sobre a disponibilidade de consultórios e médicos no momento. Neste hospital esta tarefa é desempenhada por uma pessoa com conhecimentos de administração chamada de “ <i>controller</i> ”.

	<p>volume de pacientes muito grande aguardando uma pessoa com formação técnica em enfermagem estiver ocupada com outras atividades.</p> <p>Esta atividade é substituída pelo encaminhamento direto do paciente para consultórios, sala de procedimento ou emergência nos casos em que algum tipo de priorização for feita.</p>	<p>Esta atividade é substituída pelo encaminhamento do paciente para consultórios, sala de procedimento ou emergência nos casos em que algum tipo de priorização for feita.</p>
Realizar consulta médica	<p>Consiste em proceder um conjunto de indagações e exames iniciais que darão ao médico condições de deliberar sobre quais encaminhamentos em termos de medicação e exames são necessários para que se possa tratar o quadro do paciente. As deliberações do médico são lançadas no sistema para que tarefas posteriores possam se beneficiar disso e paralelamente possam começar a serem executadas.</p> <p>Pode ser realizada diretamente em uma sala de emergência caso o paciente necessite de atendimento imediato.</p> <p>Caso um médico de retaguarda seja o mais indicado para o paciente, a consulta por este médico poderá ocorrer em locais onde o paciente já está acamado. Neste hospital as opções de acomodação deste tipo são chamadas de Repouso e Unidade de Cuidados Especiais (UCE).</p>	<p>Consiste em proceder um conjunto de indagações e exames iniciais que darão ao médico condições de deliberar sobre quais encaminhamentos em termos de medicação e exames são necessários para que se possa tratar o quadro do paciente. As deliberações do médico são lançadas no sistema para que tarefas posteriores possam se beneficiar disso e paralelamente possam começar a serem executadas.</p> <p>Pode ser realizada diretamente em uma sala de emergência caso o paciente necessite de atendimento imediato. Neste caso geralmente o médico líder realizará a consulta, a não ser que o paciente refira sintomas que sejam afinados com as especialidades disponíveis no plantão, como ortopedia e cirurgia.</p> <p>Caso um médico de retaguarda seja o mais indicado para o paciente, a consulta por este médico poderá ocorrer em locais onde o paciente já está acamado. Neste hospital a opção de acomodação deste tipo é conhecida como <i>Box</i>.</p>
Requisitar médico de retaguarda	<p>Consiste em, a partir da indicação da triagem ou de um médico, consultar uma lista de médicos composta por especialistas e acioná-los diante da necessidade de um paciente. A lista é renovada periodicamente. Ao verificar qual médico deve ser chamado no momento, um assistente administrativo liga para o médico e avisa que há um paciente aguardando que ele venha até o pronto-socorro para realizar a consulta.</p>	<p>Consiste em, a partir da indicação da triagem ou de um médico, consultar uma lista de médicos composta por especialistas e acioná-los diante da necessidade de um paciente. A lista é renovada periodicamente. Ao verificar qual médico deve ser chamado no momento, um assistente administrativo liga para o médico e avisa que há um paciente aguardando que ele venha até o pronto-socorro para realizar a consulta.</p>

**Quadro 6:** Descrição das tarefas: chamar para consulta, realizar consulta médica e requisitar médico de retaguarda.  
**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A consulta médica abre um leque de possibilidades em termos de caminho do paciente. Geralmente a tarefa que sucede à consulta envolve pelo menos alguma medicação, mas pode

envolver também exames laboratoriais, exames de imagem e procedimentos que o paciente necessite.

A tarefa de medicar envolve coletar medicamentos e instrumentos necessários para que aquilo que o médico prescreveu seja administrado ao paciente. Quem operacionaliza a execução da administração dos medicamentos normalmente é uma pessoa com formação técnica em enfermagem. Esta tarefa é frequentemente executada em conjunto com a tarefa de coleta de amostras para exames laboratoriais. Durante a observação foi uma constante ver pacientes sendo preparados para ambos. Este relacionamento entre as tarefas se dá em função de que tanto medicações quanto a extração de amostras de sangue são feitas por meio do mesmo instrumento chamado de acesso. Antes da realização destas tarefas, porém, o paciente é alocado em uma sala de espera da qual será recepcionado para adentrar a uma sala maior onde poltronas e equipamentos facilitam a realização da medicação e acomodam o paciente para que possa esperar que a medicação faça efeito ou que seus exames fiquem prontos. Outra opção, que é escolhida nos casos em que é recomendável ter atenção constante ao quadro de saúde do paciente é monitorizar seus sinais vitais, algo que implica na movimentação para setores específicos do pronto-socorro. Há ainda a possibilidade de o paciente ser preparado e transferido para exames de imagem que ocorrem dentro do próprio hospital, mas em estruturas com equipamentos que geralmente ficam fora do pronto-socorro ou então de ele ser submetido à algum procedimento na própria estrutura do pronto-socorro.

Tarefa	Detalhamento	
	HS	HSL
Medicar	Consiste em identificar uma poltrona apropriada para o paciente, coletar as medicações, fazer o preparo das medicações e do paciente e realizar a aplicação das medicações. Estas atividades são precedidas pelo chamado do paciente conforme a fila que se estabeleceu na sala de espera da medicação. Com relação a coletar as medicações, a atividade é realizada em uma janela de dispensa de materiais existente na farmácia satélite que fica próxima à sala de medicação. A tarefa de medicar se beneficia de o sistema informatizado fornecer aos farmacêuticos um lote com a listagem de instrumentos e medicamentos necessários para cada paciente. Isto é feito automaticamente logo que o médico cadastra o conjunto de	Consiste em identificar uma poltrona apropriada para o paciente, coletar as medicações, fazer o preparo das medicações e do paciente e realizar a aplicação das medicações. Estas atividades são precedidas pelo chamado do paciente conforme a fila que se estabeleceu na sala de espera da medicação. Com relação a coletar as medicações, a atividade é realizada em uma janela de dispensa de materiais existente na farmácia satélite que fica próxima à sala de medicação. A tarefa de medicar se beneficia de o sistema informatizado fornecer aos farmacêuticos um lote com a listagem de instrumentos e medicamentos necessários para cada paciente. Isto é feito automaticamente logo que o médico cadastra o conjunto de

	<p>itens que será administrado para cada paciente. Após esta coleta, o técnico em enfermagem executa procedimentos de preparo do paciente, como higienizar e esterilizar a área em que será colocado o acesso no paciente (normalmente um dos braços) para depois realizar o que eles chamam de punção, que é a introdução de um acesso na veia do paciente. Após este preparo o técnico já pode instalar a medicação e conectá-la ao acesso do paciente para que ela seja gradativamente dosada. Esta administração normalmente é feita com o auxílio de soro.</p> <p>Neste hospital observou-se duas abordagens de medicação: na primeira um técnico ficava responsável por todo procedimento de medicar o paciente. Na segunda, mais ao final da observação, havia um técnico empenhado em cada uma das subtarefas de medicar: um recepcionava o paciente, um preparava a medicação, um punçava e um último instalava a medicação.</p> <p>É possível, porém um tanto quanto incomum, que o paciente tome medicação via oral. Caso esta seja a única forma de medicação que o paciente tomará, a tarefa de medicação não será composta por ações de cunho invasivo.</p> <p>A medicação também pode ocorrer contingencialmente nas salas de emergência, no repouso e na UCE. Nestes casos é mais comum que enfermeiras e não técnicos realizem os procedimentos.</p>	<p>itens que será administrado para cada paciente. Após esta coleta, o técnico em enfermagem executa procedimentos de preparo do paciente, como higienizar e esterilizar a área em que será colocado o acesso no paciente (normalmente um dos braços) para depois realizar o que eles chamam de punção, que é a introdução de um acesso na veia do paciente. Após este preparo o técnico já pode instalar a medicação e conectá-la ao acesso do paciente para que ela seja gradativamente dosada. Esta administração normalmente é feita com o auxílio de soro.</p> <p>É possível, porém um tanto quanto incomum, que o paciente tome medicação via oral. Caso esta seja a única forma de medicação que o paciente tomará, a tarefa de medicação não será composta por ações de cunho invasivo.</p> <p>A medicação também pode ocorrer contingencialmente nas salas de emergência ou no Box. Nestes casos é mais comum que enfermeiras e não técnicos realizem os procedimentos.</p>
<p>Coletar amostras para exames laboratoriais</p>	<p>Consiste geralmente em utilizar-se da preparação e da colocação de acessos realizados para medicação, agora para que seja possível extrair amostras de sangue do paciente para realização de exames laboratoriais. No caso de o paciente não ter sido preparado para receber medicação intravenosa, as ações de higiene, esterilização e punção são feitas com esta finalidade específica. Após a coleta, os recipientes que contém as amostras são identificados e enviados para o laboratório dentro do hospital que procederá a análise e fornecerá os resultados.</p> <p>É possível também que seja necessário coletar amostras de urina. Nesse caso, são fornecidos ao paciente os recipientes e geralmente ele mesmo procederá a coleta</p>	<p>Consiste geralmente em utilizar-se da preparação e da colocação de acessos realizados para medicação, agora para que seja possível extrair amostras de sangue do paciente para realização de exames laboratoriais. No caso de o paciente não ter sido preparado para receber medicação intravenosa, as ações de higiene, esterilização e punção são feitas com esta finalidade específica. Após a coleta, os recipientes que contém as amostras são identificados e enviados para o laboratório dentro do hospital que procederá a análise e fornecerá os resultados.</p> <p>É possível também que seja necessário coletar amostras de urina. Nesse caso, são fornecidos ao paciente os recipientes e geralmente ele mesmo procederá a coleta</p>

	<p>em um banheiro disponível na estrutura física do pronto-socorro.</p> <p>A coleta de amostras pode ocorrer na sala de emergência onde, por vezes, há necessidade de instalação de sondas em função de o paciente não ter condições próprias de fornecer amostras.</p>	<p>em um banheiro disponível na estrutura física do pronto-socorro.</p> <p>A coleta de amostras pode ocorrer na sala de emergência onde, por vezes, há necessidade de instalação de sondas em função de o paciente não ter condições próprias de fornecer amostras.</p>
Preparar e transferir para exames de imagem	<p>Consiste em instruir o paciente sobre requisitos necessários para realização de exames de imagem que ele fará. Eventualmente o paciente terá que aguardar para que um tempo, por exemplo, de jejum seja alcançado. Também envolve indaga-lo sobre questões clínicas de sua saúde para preenchimento de formulários. Alguns dos exames preveem autorizações como forma de preparo para transferência do paciente para os locais nos quais ele poderá ser submetido à realização de exames de imagem. É, por fim, parte desta tarefa instruir, acompanhar ou conduzir o paciente até o local em que o exame é realizado.</p>	<p>Consiste em instruir o paciente sobre requisitos necessários para realização de exames de imagem que ele fará. Eventualmente o paciente terá que aguardar para que um tempo, por exemplo, de jejum seja alcançado. Também envolve indaga-lo sobre questões clínicas de sua saúde para preenchimento de formulários. Alguns dos exames preveem autorizações como forma de preparo para transferência do paciente para os locais nos quais ele poderá ser submetido à realização de exames de imagem. É, por fim, parte desta tarefa instruir, acompanhar ou conduzir o paciente até o local em que o exame é realizado.</p> <p>Neste hospital pode-se perceber que foi implantado um projeto de planta física visando facilitar a realização da maioria dos exames de imagem mais comuns no mesmo piso em que fica o pronto-socorro.</p> <p>Foi possível observar também situações em que aparelhos de realização de exames de imagem são destacados dos locais e são trazidos a encontro do paciente no pronto-socorro. Este tipo de situação acontece mais frequentemente quando o paciente tem mobilidade reduzida e está acamado na emergência.</p>
Realizar procedimento	<p>Consiste em alocar o paciente em uma sala específica para realização algum tipo de procedimento que não seja específico para medicação ou exames, como limpezas, curativos, suturas, retirada de pontos, drenagens, retiradas de corpos estranhos etc.</p> <p>A complexidade determina na maior parte dos casos quem irá executar o procedimento, se um técnico um enfermeiro ou um médico.</p>	<p>Consiste em alocar o paciente em uma sala específica para realização algum tipo de procedimento que não seja específico para medicação ou exames, como limpezas, curativos, suturas, retirada de pontos drenagens, retiradas de corpos estranhos etc.</p> <p>A complexidade determina na maior parte dos casos quem irá executar o procedimento, se um técnico um enfermeiro ou um médico.</p>
Monitorizar	<p>Esta tarefa consiste em colocar o paciente sob condições em que seus sinais vitais são medidos sistematicamente por meio de equipamentos conectados diretamente ao corpo do paciente. Monitorizar</p>	<p>Esta tarefa consiste em colocar o paciente sob condições em que seus sinais vitais são medidos sistematicamente por meio de equipamentos conectados diretamente ao corpo do paciente. Monitorizar</p>

	<p>possibilita à equipe do pronto socorro saber instantaneamente se alguma alteração significativa nos sinais vitais ocorreu e isso possibilita tomar condutas que visem estabilizar novamente o paciente. A monitorização depende da disponibilidade de equipamentos e sistemas específicos.</p> <p>Neste hospital a monitorização ocorre nos seguintes locais: o primeiro, conhecido como Repouso, é onde pacientes com possibilidade de agravo do quadro ficam em baias individuais com banheiros coletivos e o segundo conhecido como UCE (Unidade de Cuidados Especiais) é onde os pacientes ficam em quartos, alguns deles com banheiros individuais. Além destes locais, a monitorização também é feita na sala de emergência.</p>	<p>possibilita à equipe do pronto socorro saber instantaneamente se alguma alteração significativa nos sinais vitais ocorreu e isso possibilita tomar condutas que visem estabilizar novamente o paciente. A monitorização depende da disponibilidade de equipamentos e sistemas específicos.</p> <p>Neste hospital a monitorização ocorre nos Boxes, que são um conjunto de leitos similares a quartos onde uma equipe de enfermeiros operacionaliza a monitorização sob supervisão do médico líder. Além disso, a monitorização também é feita na maioria dos casos que entram na sala de emergência.</p>
--	---	---

**Quadro 7:** Descrição das tarefas: medicar, coletar amostras para exames laboratoriais, preparar e transferir para exames de imagem, realizar procedimento, monitorizar.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

As tarefas realizadas neste ponto da rotina organizacional fornecem ao paciente condições para que obtenha melhora no seu quadro. Toda assistência dada pela realização de medicação, exames laboratoriais ou de imagem e procedimentos, dependendo da necessidade de cada paciente, possibilita ao médico decidir se aquilo que estava prescrito na consulta médica foi efetivo em diagnosticar e tratar o quadro de saúde do paciente. Normalmente depois dessas tarefas serem realizadas, o paciente será transferido para um local dentro do pronto-socorro onde aguardará uma nova conversa com o médico para que seu estado de saúde seja analisado agora já considerando eventuais medicações, procedimentos e de posse de resultados de exames, sejam eles laboratoriais ou de imagem.

Dependendo da disponibilidade dos médicos os pacientes são chamados para que passem por uma reavaliação. Geralmente dá-se prioridade para que o médico que fez a consulta reavalie o paciente, entretanto não é impossível que outro médico venha a realizar este procedimento. Ao realizar esta atividade, o médico estará apto a proferir o que se chama de desfecho médico. O desfecho pode ser dado para que o paciente obtenha alta e também pode resultar em um pedido de internação que será feito pela equipe do pronto socorro, mas que será processado e dependerá da disponibilidade de leitos existente em outros setores do hospital. Não é impossível que o paciente, após ser reavaliado, seja novamente medicado ou que novos exames sejam solicitados, apesar de que isso ocorre pouco em se considerando aquilo que foi observado.

Tarefa	Detalhamento	
	HS	HSL
Conduzir para espera interna e reavaliação	<p>A realização da tarefa parte da verificação de que pelo menos a medicação foi concluída conforme aquilo que estava prescrito pelo médico. Nos casos em que o paciente deve fazer exames laboratoriais, geralmente há alguma espera antes de que se possa fazer a reavaliação pois os resultados dos exames costumam demorar um pouco mais do que a administração da medicação. A tarefa também depende da conclusão de exames de imagem que venham a ser requisitados pelo médico.</p> <p>Neste hospital, foi possível observar que muitas vezes a espera de resultados de exames acontece com o paciente na própria poltrona em que ele é medicado. A espera de reavaliação geralmente ocorre em uma sala adiante da sala de medicação em que um Assistente Administrativo específico operacionaliza o chamado das reavaliações.</p> <p>Nos casos em que os pacientes necessitaram ser acamados e estão em locais do pronto-socorro como o Repouso ou a UCE, o aguardo é feito no próprio leito em que o paciente se encontra.</p>	<p>A realização da tarefa parte da verificação de que pelo menos a medicação foi concluída conforme aquilo que estava prescrito pelo médico. Nos casos em que o paciente deve fazer exames laboratoriais, geralmente há alguma espera antes de que se possa fazer a reavaliação pois os resultados dos exames costumam demorar um pouco mais do que a administração da medicação. A tarefa também depende da conclusão de exames de imagem que venham a ser requisitados pelo médico.</p> <p>Neste hospital se adotam duas classificações bem claras para pacientes que terminaram a medicação: espera interna e reavaliação. Em ambos os casos eles aguardam numa sala específica.</p> <p>O chamado da reavaliação é feito pelo mesmo Assistente Administrativo encarregado de chamar os pacientes para as consultas. Quando concluídas eventuais medicações, exames e procedimentos a pessoa recebe a pasta do paciente e ao verificar a possibilidade do médico de atender</p> <p>Quando é o caso de um paciente estar no Box ou na Sala de Emergência não há transferência do paciente para que ele aguarde uma reavaliação. Como o Médico Líder ou o responsável pelo paciente é quem procede a reavaliação, ele pode permanecer no local que está aguardando ser reavaliado.</p>
Reavaliar	<p>Reavaliar o paciente é praticamente como fazer uma nova consulta. Um detalhado exame das condições do quadro de saúde é feito. Entretanto, neste momento o médico tem a disposição mais informações a respeito do quadro clínico do paciente, provenientes dos exames laboratoriais e de imagem feitos.</p>	<p>Reavaliar o paciente é praticamente como fazer uma nova consulta. Um detalhado exame das condições do quadro de saúde é feito. Entretanto, neste momento o médico tem a disposição mais informações a respeito do quadro clínico do paciente, provenientes dos exames laboratoriais e de imagem feitos. Busca-se constatar se houve evolução quanto aos sinais vitais e se a hipótese diagnóstica estava correta. Neste caso, porém, novas prescrições são incomuns. Geralmente o médico opta entre dar alta para o paciente, por vezes recomendando novas medicações e solicitar sua internação.</p>

Emitir desfecho médico	Ao realizar esta tarefa, busca-se constatar se houve evolução quanto às condições do quadro de saúde do paciente e se a hipótese diagnóstica estava correta. Neste caso, porém, novas prescrições são raras, apesar de não serem impossíveis. Na maioria dos casos observados, o médico opta entre dar alta para o paciente, por vezes recomendando novas medicações e solicitar sua internação.	Ao realizar esta tarefa, busca-se constatar se houve evolução quanto às condições do quadro de saúde do paciente e se a hipótese diagnóstica estava correta. Neste caso, porém, novas prescrições são raras, apesar de não serem impossíveis. Na maioria dos casos observados, o médico opta entre dar alta para o paciente, por vezes recomendando novas medicações e solicitar sua internação.
Solicitar e proceder internação	<p>Esta tarefa pode ocorrer em diversos pontos da rotina, a partir da consulta médica. Consiste em solicitar a reserva ou disponibilização de uma vaga para o paciente em função da necessidade de ele ficar sobre observação e monitorização. A tarefa é iniciada pelo médico, mas há uma série de documentos e pedidos informatizados que são operacionalizados por enfermeiros e assistentes administrativos.</p> <p>Os pontos da rotina em que é mais comum que se solicitem vagas de internação são aqueles em que o paciente já foi acamado, ou seja, o Repouso, a UCE e a Sala de Emergência.</p> <p>Neste hospital foi possível observar que há uma tarefa recorrentemente executada com o objetivo de prevenir e solucionar problemas decorrentes da indisponibilidade de vagas de internação. A atividade consiste em um funcionário circular pelo pronto-socorro munido da lista de solicitações e de previsões de liberação de vagas com o objetivo de informar e negociar com os pacientes possíveis decisões a serem tomadas diante da indisponibilidade de vagas. No geral é facultado ao paciente pedir transferência para outro hospital ou aguardar a disponibilidade de vaga.</p> <p>Proceder a internação neste hospital é consiste em, confirmada a vaga, “passar o caso” que é a atividade em que enfermeiras e médicos do pronto socorro e da ala de destino conversam sobre o histórico do paciente, revendo ponto a ponto de seu quadro de saúde.</p>	<p>Esta tarefa pode ocorrer em diversos pontos da rotina, a partir da consulta médica. Consiste em solicitar a reserva ou disponibilização de uma vaga para o paciente em função da necessidade de ele ficar sobre observação e monitorização. A tarefa é iniciada pelo médico, mas há uma série de documentos e pedidos informatizados que são operacionalizados por enfermeiros e assistentes administrativos.</p> <p>Os pontos da rotina em que é mais comum que se solicitem vagas de internação são aqueles em que o paciente já foi acamado, ou seja, o Box e a Sala de Emergência.</p> <p>Proceder a internação envolve preparar toda documentação do paciente, ligar para a ala em que ele será internado, verificar a disponibilidade de vaga e, por fim, “passar o caso” que é a atividade em que enfermeiras e médicos do pronto socorro e da ala de destino conversam sobre o histórico do paciente, revendo ponto a ponto de seu quadro de saúde.</p>

**Quadro 8:** Descrição das tarefas: conduzir para espera interna e reavaliação, reavaliar, emitir desfecho médico e solicitar e proceder internação.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Quando o desfecho médico é dado o atendimento a que o paciente pode ser submetido dentro do pronto socorro se encerra. É, portanto, possível caracterizar o final da rotina como sendo a tarefa em que o desfecho médico é emitido e nos casos de internação em que o pedido é feito e a transferência operacionalizada.

A rotina organizacional de atendimento a pacientes no pronto socorro é, portanto, composta neste nível de agregação por no máximo quinze tarefas. Como pode ser constatado nos detalhamentos dos quadros, há situações em que as tarefas são realizadas em ordens diferentes. A próxima seção presta-se a apresentar os encadeamentos possíveis existentes entre as tarefas descritas.

#### 4.1.2. Variedade sequencial da rotina organizacional

Nesta seção são apresentadas as combinações de tarefas possíveis, construídas a partir dos dados coletados no campo. Estas combinações são chamadas individualmente de variações e são únicas em termos de combinação de sequência das ações, ou seja, não há duas variações iguais, apesar de elas se parecerem bastante. O quadro XX apresenta três exemplos de variações de configuração da rotina organizacional em análise já utilizando as tarefas encontradas e definidas anteriormente.

Variação	Sequência de tarefas
1.1	Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;
2.2	Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;
3.1	Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Reavaliar; Emitir desfecho médico;

**Quadro 9:** Exemplos de sequências de tarefas.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

As variações 1.1 e 2.1 são compostas por um conjunto de tarefas similares em ordem praticamente igual ao longo de toda configuração. Há duas diferenças que é possível perceber entre elas: (i) a primeira possui a tarefa “chamar para consulta” e a segunda não; e, (ii) na segunda variação após a tarefa mediar há a tarefa coletar amostras para exames laboratoriais.

Se comparadas as duas primeiras variações com a variação 3.1 é possível perceber um número maior de diferenças, começando pelo fato que a primeira tarefa dela já é “monitorizar”.

Estes exemplos foram extraídos de um compêndio das variações possíveis, que corresponde à unidade de análise do estudo, a variedade sequencial da rotina organizacional exibida em uma perspectiva qualitativa de estudo. Este compêndio, que foi produzido a partir dos dados e que leva em consideração aquilo que foi observado do campo, está disponível por completo no Apêndice 1 e será esmiuçado adiante.

Ao todo foram encontradas e constituídas 76 variações possíveis, das quais três tipos de variação surgiram. Cada tipo de variação agrega variações com mais similaridades do que diferenças, levando em consideração a observação dos dois casos. Entre os tipos, as diferenças são mais significativas. Tanto os tipos de variações quanto as variações em si – dentro dos tipos, foram ordenados pela frequência de execução observada.

O tipo de variação 1 agrega as variações possíveis de configuração de atendimentos em que os pacientes não são priorizados. A primeira posição entre os tipos foi atribuída a este conjunto de variações pois atendimentos em que os pacientes não foram priorizados são a maioria dentre os observados. No tipo de variação 2 os pacientes são priorizados em algum momento da execução da rotina organizacional. Tanto no tipo de variação 1 quanto no 2 há algumas tarefas que constituem uma parcela relativamente fixa da configuração da rotina, especialmente aquilo que ocorre antes da tarefa triar e aquilo que ocorre ao final da rotina, fora a atividade requisitar e proceder internação. Esta similaridade foi usada como critério para criação do tipo. O que separa os tipos 1 e 2 é a parte da rotina que é significativamente diferente entre elas que é a priorização que ocorre na triagem. O tipo de variação 3 por sua vez diz respeito a atendimentos de emergências direcionados de imediato para os leitos específicos nas salas de emergência sem passar pelas fases iniciais apresentadas nos tipos de variação 1 e 2.

Ao apresentar os tipos de variação e as variações possíveis, apresentam-se também evidências de sua observação no campo empírico, por exemplo:

*Excerto da Observação 03 – Hospital Super Luxo: “Observo um caso de uma paciente que relata uma dor bastante forte subindo da barriga para o peito e uma série de outros sintomas que levam a enfermeira a decidir que ela fará um eletrocardiograma imediatamente.”*

Entretanto, nem todos os casos tem evidências de observação direta (conteúdo manifesto). Os casos que não possuem observação direta foram considerados parte da variedade sequencial a

partir de evidências oriundas de conversas com participantes da rotina, que sinalizavam no sentido de serem possíveis combinações que não necessariamente foram observadas diretamente (conteúdo latente), como por exemplo:

*Excerto da Observação 06 – Hospital Super: “Segundo relato, na sala de exames, após o recebimento da ficha do paciente com os exames necessários são possíveis dois caminhos. Primeiro, para os casos de só exame, o paciente é acomodado na poltrona para coleta [...] O segundo caminho possível inicia também com o acesso ao sistema, impressão de adesivos e identificação dos recipientes. Entretanto, no caso de o paciente ter sido solicitado a fazer, além do exame, alguma medicação os enfermeiros ou técnicos da sala de medicação operacionalizam o preparo e a acomodação do paciente para que se elimine a necessidade de se fazer mais do que um destes procedimentos.”*

O tipo de variação 1 foi o mais frequentemente observado em ambos os hospitais. Nele, todas as variações possuem uma estrutura inicial de encadeamento entre as tarefas, que vai até a tarefa realizar consulta médica, composta das tarefas: recepcionar, cadastrar, triar, chamar para consulta, realizar consulta médica. Quando o paciente não é priorizado, ele sempre passa por essas tarefas nesta ordem, pois há uma dependência muito alta entre elas. A tarefa chamar para consulta simboliza que após a triagem, o paciente teve que aguardar ser chamado para a consulta médica. Depois da consulta médica, normalmente alguma tarefa ligada ao atendimento do paciente é feita. Portanto, medicar, coletar amostras para exames laboratoriais, preparar e transferir para exames de imagem e realizar procedimento podem ser feitos dependendo do quadro de saúde do paciente e de quanto é possível ter certeza de que o tratamento conhecido e recomendado pelo médico plantonista será eficiente. É importante salientar que eventualmente medicar, as tarefas referentes a exames e a referente a procedimentos podem aparecer em ordens diferentes. Após receber tratamento inicia-se uma parte da rotina que também é relativamente fixa, composta pelas tarefas conduzir para espera interna e reavaliação, reavaliar e emitir desfecho médico. Um resumo desta descrição pode ser visto no Quadro 10.

Categoria	Descrição das variações
Tipo de Variação 1	<p>1.1: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Medicar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.2: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.3: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Medicar; Coletar amostras para exames laboratoriais; <b>Preparar e transferir para</b></p>

	<p><b>exames de imagem;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.4: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Medicação; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; <b>Realizar procedimento;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p>
--	--

**Quadro 10:** Variações de 1.1 a 1.4 do grupo Tipo de Variação 1.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

As configurações de 1.1 a 1.4 podem variar também caso haja necessidade de chamar médico de retaguarda. Dessa forma, quatro novas variações são abertas, agora com tarefas relativas ao chamado de um médico especialista que não faz plantão no pronto-socorro e que irá atender o paciente. As variações da configuração da rotina organizacional, agora com este novo elemento ficam conforme é possível ver no Quadro 11.

<b>Categoria</b>	<b>Descrição das variações</b>
Tipo de Variação 1	<p>1.5: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.6: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.7: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais;</b> <b>Preparar e transferir para exames de imagem;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.8: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais;</b> <b>Preparar e transferir para exames de imagem;</b> <b>Realizar procedimento;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p>

**Quadro 11:** Variações de 1.5 a 1.8 do grupo Tipo de Variação 1.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Há ainda a possibilidade de o paciente apresentar necessidade de ser transferido para uma ala do pronto-socorro onde possa ficar monitorizado. No caso do Hospital Super, isso pode ocorrer com ele indo para o Repouso ou para a UCE e no caso do Hospital Super Luxo isso é sinal que ele foi transferido para um *Box*. Isso pode ocorrer tanto nos casos em que não houve chamado de médico de retaguarda, quanto naqueles em que houve. Portanto, abrem-se mais oito

variações similares às anteriores (de 1.1 a 1.8) com a adição da realização da tarefa monitorizar, conforme o apresenta o Quadro 12.

Categoria	Descrição das variações
Tipo de Variação 1	<p>1.9: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.10: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.11: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.12: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento; Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.13: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda; Mediar; Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.14: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.15: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>1.16: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento; Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p>

**Quadro 12:** Variações de 1.9 a 1.16 do grupo Tipo de Variação 1.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A última variação identificada dentro dos atendimentos em que o paciente não é priorizado refere-se a casos em que ele apresenta a necessidade de ser internado. Esta possibilidade está aberta tanto em atendimentos feitos por médicos do plantão quanto por médicos de retaguarda. Isso também pode ocorrer no caso de ele ter sido monitorizado e não apresentar melhora

significativa de seu quadro. Assim sendo, abrem-se mais 16 variações similares às apresentadas anteriormente, mas agora contando com a tarefa solicitar e proceder internação.

Categoria	Descrição das variações
Tipo de Variação 1	<p>1.17: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.18: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.19: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.20: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.21: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Mediar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.22: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.23: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.24: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.25: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.26: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.27: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para</b></p>

	<p><b>exames de imagem; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.28: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; Medicação; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.29: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; <b>Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.30: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.31: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>1.32: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Chamar para consulta; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicação; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p>
--	--

**Quadro 13:** Variações de 1.17 a 1.32 do grupo Tipo de Variação 1.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A categorização estabelecida no tipo de variação 1 difere do tipo de variação 2 pois o paciente não terá que aguardar ser chamado para que possa receber atendimento. A configuração das tarefas é praticamente igual, porém o tempo de atendimento do paciente é muito mais curto já que para estes atendimentos a tarefa chamar para consulta, que contém no seu escopo a espera pelo atendimento, não será realizada. Neste conjunto de configurações estão incluídos os protocolos adotados por cada hospital e algumas urgências um pouco maiores do que aquelas que são atendidas no contexto do tipo de variação 1. Nesse tipo de variação também é possível identificar uma parcela das tarefas que possuem alta dependência, mas diferente do tipo de variação 1 ela não vai até a tarefa realizar consulta médica e sim até a tarefa triar. Depois da triagem, é possível que a ordem das tarefas realizar consulta médica, medicação, coletar amostras para exames laboratoriais, preparar e transferir para exames de imagem e realizar procedimento se altere dependendo do caso. No exemplo abaixo, que corresponde à variação

2.10, é possível ver que a paciente foi priorizada na triagem e encaminhada para a sala de emergência, o que está representado pela tarefa monitorizar.

*Excerto da Observação 08 – Hospital Super Luxo: Observo um primeiro atendimento de uma paciente não muito grave, mas com perspectiva de realização de procedimentos e internação. Logo que ela chega a sala de emergência, é colocada em um leito e questionada pelas enfermeiras sobre se ela tem médico próprio ao que ela indica que sim e descreve o histórico recente de consultas, exames e procedimentos. A enfermeira avisa o médico líder que se encaminha para a sala para conversar com a paciente. Ele faz um grande número de questões com ênfase em saber se conhece o médico dela e quais os antecedentes que ela possui. Depois de informar-se e ter condições de abrir a ficha, o médico tenta abrir sua ficha, mas não consegue pois ainda não foi feito cadastro da paciente. Ele solicita uma ficha e faz à mão mesmo o que gera a demanda de um auxiliar administrativo que se prontifique a digitar os dados constantes no papel que o médico está preenchendo. Após isso, chega, o técnico de enfermagem que cumpre todo procedimento de apresentação, punção e coleta as amostras de sangue para posteriormente acondicioná-las num tubo e enviá-las pelo sistema de ar (pneumático) para análise. Neste momento o médico já foi novamente para a área dos boxes e já se tem uma perspectiva do que fazer com a paciente. Segundo relato de uma das enfermeiras é provável que na triagem o fato de a paciente ter pressão muito alta e um histórico de doenças crônicas tenha sido decisivo para que ela fosse direcionada para a emergência. Nesse caso, ela não se encaixa em nenhum protocolo, mas configura um caso com alto potencial de agravo do quadro, logo, a conduta adotada para minimizar este risco é que ela fique sob maior atenção, monitorizada dando entrada na emergência.*

Neste contexto, as variações oriundas do chamado de médico de retaguarda, de eventuais monitorizações e da possibilidade de se requisitar vaga de internação, que nesse caso é maior, também são válidas. Assim sendo, 32 novas configurações são possíveis, conforme o Quadro 14 mostra.

Categoria	Descrição das variações
Tipo de Variação 2	<p>2.1: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.2: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.3: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.4: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; <b>Realizar procedimento</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.5: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p>

	<p>2.6: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.7: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.8: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; <b>Realizar procedimento</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.9: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.10: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.11: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.12: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; <b>Realizar procedimento</b>; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.13: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.14: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.15: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.16: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; <b>Realizar procedimento</b>; <b>Monitorizar</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>2.17: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p> <p>2.18: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p> <p>2.19: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Mediar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais</b>; <b>Preparar e transferir para exames de</b></p>
--	--

	<p><b>imagem;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.20: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.21: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.22: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.23: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.24: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.25: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Medicar; <b>Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.26: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.27: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.28: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.29: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicar; Monitorizar; Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.30: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p> <p>2.31: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda;</b> Medicar; <b>Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b></p>
--	--

	2.32: Recepcionar; Cadastrar; Triar; Realizar consulta médica; <b>Requisitar médico de retaguarda; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; Realizar procedimento; Monitorizar;</b> Conduzir para espera interna e reavaliação; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação;</b>
--	--

**Quadro 14:** Variações componentes do grupo Tipo de Variação 2.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

O tipo de variação 3 congrega um menor número de variações, que, entretanto, representa diferença mais significativa ante aos tipos de variação 1 e 2. Neste tipo de variação estão inclusas as variações que representam configurações da rotina organizacional que respondem à necessidade de atendimento imediato. A execução de tarefas como realizar procedimento e realizar consulta médica nesse caso não pressupõe tarefas como recepcionar e cadastrar. Na observação foi possível observar que não há uma estrutura inicial de tarefas que anteceda cuidados nas salas de emergência. A triagem é feita quase que automaticamente, conforme destaca um dos documentos do Hospital Super Luxo:

*Excerto da Observação 07 – Hospital Super Luxo: Define-se também que em casos de pacientes que vão direto a emergência ou que dão entrada acamados deve-se primeiro ofertar os primeiros cuidados para posteriormente preencher a ficha de triagem. Afirma-se que nesses casos, o “ato de triar já foi feito no início do atendimento”.*

Isto é feito de forma mais ou menos ágil, em partes graças à estrutura física que os hospitais dispõem. No caso do Hospital Super Luxo há uma entrada separada daquela que fornece acesso a cadastro e triagem para pacientes em situação de emergência, que cheguem de ambulância. No caso do Hospital Super a entrada é a mesma em que entram os pacientes que chegam ao hospital caminhando. De qualquer forma, é natural que ao chegar ao hospital em situação de emergência o paciente seja colocado em maca e monitorizado praticamente de imediato para depois, seqüências de tarefas diversas serem postas em execução, sendo as alternativas as constantes no Quadro 15, abaixo.

<b>Categoria</b>	<b>Descrição das variações</b>
Tipo de Variação 3	3.1: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Reavaliar; Emitir desfecho médico;  3.2: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; <b>Preparar e transferir para exames de imagem;</b> Reavaliar; Emitir desfecho médico;

	<p>3.3: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; <b>Realizar procedimento</b>; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>3.4: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p> <p>3.5: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p> <p>3.6: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; <b>Realizar procedimento</b>; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p> <p>3.7: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>3.8: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>3.9: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; <b>Realizar procedimento</b>; Reavaliar; Emitir desfecho médico;</p> <p>3.10: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p> <p>3.11: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; <b>Preparar e transferir para exames de imagem</b>; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p> <p>3.12: Monitorizar; Realizar consulta médica; Cadastrar; <b>Requisitar médico de retaguarda</b>; Mediar; Coletar amostras para exames laboratoriais; Preparar e transferir para exames de imagem; <b>Realizar procedimento</b>; Reavaliar; Emitir desfecho médico; <b>Solicitar e proceder internação</b>;</p>
--	--

**Quadro 15:** Variações componentes do grupo Tipo de Variação 3.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Durante a observação, foi possível constatar que as tarefas realizar consulta médica, mediar, coletar amostras para exames laboratoriais, preparar e transferir para exames de imagem e realizar procedimento podem trocar de ordem muito facilmente, pois são realizados em intervalos de poucos minutos visto que o paciente é atendido simultaneamente por uma equipe de resposta rápida composta de, pelo menos, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira e um médico, em ambos os hospitais. A mesma característica pode ser atribuída às tarefas reavaliar e emitir desfecho médico, pois elas também podem ser realizadas num espaço muito

curto de tempo. Neste tipo de variação a solicitação de internação é uma configuração bastante frequente.

Na próxima seção trata-se de comparar as variações visando compreender como elas são originadas.

#### **4.2. Fontes de variedade sequencial**

As principais fontes de variações encontradas a partir da comparação entre as diferentes configurações de tarefas são apresentadas nesta seção. Elas levam em consideração a descrição das variações e atentam especificamente para a inclusão de tarefas, a supressão de tarefas e a alteração da ordem das tarefas em comparação com a variação base, a mais frequentemente executada, que é a variação 1.1. As principais fontes dessas variações podem ser resumidas como:

- a) Definição de prioridade: a necessidade de atender um caso de forma prioritária gera variações na configuração de encadeamento das tarefas da rotina organizacional como expressam as diferenças entre as variações do tipo de variação 1 e 2 entre si, mas especialmente se comparadas às variações do tipo de variação 3. Essas variações consistem especialmente em supressão e alteração de ordem das tarefas;
- b) Necessidade de especialista: a necessidade um médico de retaguarda ser chamado em função de o caso necessitar ser tratado por um especialista que não faz parte da equipe de plantonistas também gera variações. Havendo essa necessidade mais passos serão adicionados à estrutura da rotina em execução e isso ocorre nos três tipos de variação;
- c) Incremento de informações para diagnóstico e tratamento: há casos em que o médico tem a necessidade de aumentar as tarefas que suportam o diagnóstico e o tratamento do quadro de saúde do paciente. Essa busca por mais informações sobre o quadro do paciente juntamente a realização de tarefas específicas se mostrou uma fonte de novas configurações de encadeamento das tarefas da rotina organizacional. Um maior número de passos será adicionado à configuração da rotina em execução caso apenas medicação ou também exames laboratoriais, de imagem e procedimentos tiverem que ser feitos;
- d) Prolongar o tratamento: alguns casos podem apresentar a necessidade de que o paciente ser internado para que seu tratamento sob cuidados permanentes seja prolongado. Essa necessidade também gera a adição de novas tarefas à configuração base da rotina.

Há por fim a possibilidade de a comparação entre as configurações de sequências de tarefas apresentar fontes de estabilidade das quando, por exemplo, se fala da relação entre as tarefas recepcionar, cadastrar e triar. Ao contrário das fontes de novas variações, a ligação entre estas tarefas se apresenta em todas as configurações do tipo de variação 1 e 2, só sendo rompida nas configurações do tipo 3. Mesmo nesse caso a tarefa cadastrar deve ser realizada, por mais que fora de sua posição original. Fatores que influenciam na variedade sequencial como este e os itens das alíneas da lista anterior são apresentados em detalhe nos próximos tópicos.

#### 4.2.1. Definição de prioridade

Se comparadas as variações agrupadas nos tipos de variação 1 e 2 é possível perceber que há uma tarefa de diferença. Nas variações do tipo de variação 2, a tarefa chamar para consulta não está inclusa. Esta tarefa consiste em chamar os pacientes que estão aguardando após serem submetidos à triagem e não serem priorizados. A rotina organizacional de atendimento a pacientes em pronto socorro é constituída de forma a processar um grande volume de atendimentos que não se encaixam nos critérios dos atendimentos que são priorizados. Entretanto, muitos outros atendimentos são priorizados por serem considerados urgentes, conforme mostra o excerto de observação feita no setor de triagem do Hospital Super.

*Excerto da Observação 04 – Hospital Super: “A atividade realizada é basicamente a coleta de informações sobre o quadro clínico do paciente, seus sinais vitais e o cadastro no sistema que irá enfileirar o paciente na lista de atendimentos a serem feitos. A saída mais comum é o retorno do paciente para a sala de espera para posteriormente ser chamado por um médico. Há situações que o paciente necessita de atendimento mais urgente em que o seu destino é entrar no processo do PSA e não voltar para sala de espera. Isso acontece principalmente quando um paciente se encaixa em algum dos protocolos estabelecidos.”*

A tarefa chamar para consulta é suprimida das configurações em que o paciente foi priorizado. Os protocolos são exemplos de execuções das tarefas medicar, coletar amostras para exames, preparar e transferir para exames de imagem e realizar procedimento serão executadas com metas de tempo. Dessa forma, a priorização garante atenção imediata e execução acelerada das tarefas para tratar o paciente quando os sintomas indicam que ele necessita. Para que isso funcione de forma adequada, tarefas que se tornem desnecessárias e que gerem tempo de espera para o paciente serão eliminadas. Outro exemplo passível de ser apresentado neste contexto é referente a um caso de cólica renal, conforme segue:

*Excerto da Observação 02 – Hospital Super Luxo: “Observo, por exemplo, a vinda de um caso de cólica renal. A paciente acusa a dor e a enfermeira da triagem a traz*

*para o corredor. Ela fala rapidamente com o controller e já aloca numa sala de procedimento para que seja realizada a punção por um técnico em enfermagem. Ao mesmo tempo, um kit de dor já é fornecido para que logo que o médico chegue a medicação já possa ser aplicada. Neste caso um clínico geral iniciará o atendimento.”*

O mesmo ocorre, entretanto em escala maior (leia-se, um maior número de tarefas sai das configurações), quando se comparam as variações dos tipos de variação 1 e 2 às do tipo de variação 3. Se for evidente que o paciente necessita atendimento imediato – como por exemplo uma chegada de ambulância, e que sua situação não permite nem que as tarefas de recepção, cadastro e triagem sejam realizadas ele será conduzido diretamente para locais em que possa ser monitorizado e no qual a tarefa realizar consulta médica seja feita quase que imediatamente, visando garantir que técnicas de enfermagem e enfermeiras possam executar no menor tempo possível aquilo que o médico definiu. Assim sendo

Em ambos os casos a essência da variação é supressão e a troca de posição das tarefas originada pela indisponibilidade de tempo. Acredita-se dessa forma que esta fonte de variedade sequencial pode ser classificada como oriunda do antecedente pressão de tempo (Becker, 2005b).

Adicionalmente, durante a observação chamou atenção que são usados diversos critérios para definição de quais pacientes são priorizados ou não. Esses critérios, apesar de estarem formalizados em detalhes nos protocolos, são simplificados no dia-a-dia e aplicados como forma de estabelecer uma margem de segurança, como pode ser visto no exemplo abaixo:

*Excerto da Observação 03 – Hospital Super Luxo: “Observo um caso de uma paciente que relata uma dor bastante forte subindo da barriga para o peito e uma série de outros sintomas que levam a enfermeira a decidir que ela fará um eletrocardiograma imediatamente. A paciente acusa ter boa saúde mas fala em ter passado por situações estressantes nos últimos dias. Dados esses problemas, a enfermeira a encaminha para o eletrocardiograma. [...] Ainda sobre o caso da paciente que entrou para fazer um eletrocardiograma: segundo relato, quando é um caso parecido com este, o paciente já é levado para a emergência e alocado na sala e no leito adequado para realizar o exame no tempo máximo de 10 minutos.”*

No exemplo, a enfermeira decide priorizar com base na descrição de a dor subir da barriga para o peito o que pode ser sintoma de infarto. Este tipo de uso de informações que os colaboradores aprendem não somente em sua formação, mas também no exercício cotidiano de suas atividades, remete à noção de heurísticas (Bingham e Eisenhardt, 2011).

#### 4.2.2. Necessidade de especialista

Nos três conjuntos de variações, o tipo de variação 1, o 2 e o 3 é possível identificar tarefas que foram adicionadas quando casos demandavam a atuação de médicos com conhecimentos em especialidades que não compõem o plantão do pronto socorro. A nova tarefa tem como implicação principal um maior tempo para atendimento do paciente. Tanto no Hospital Super quanto no Hospital Super Luxo foram relatadas situações em que o tempo de atendimento pode ser prejudicado em função da necessidade de especialistas. No Hospital Super pode-se perceber uma indicação feita na triagem pela enfermeira.

*Excerto da Observação 3 – Hospital Super: “Uma paciente com alergia [...] informou que gostaria de ser atendida por um clínico, mas a enfermeira identificou que um ginecologista seria mais indicado. A enfermeira tem a possibilidade de sugerir um tratamento alternativo ou específico para o paciente, logicamente, por entender mais do tratamento adequado para cada caso do que a média dos pacientes que frequenta o PSA. Entretanto não é algo impositivo, busca-se um consenso com o paciente por meio da comunicação com o paciente no sentido de avisar que eventualmente a especialidade que ele gostaria de consultar não fica de plantão no hospital e poderá ser acionada como retaguarda, o que leva a um pouco mais de demora e pode implicar em custos extras, especialmente se o convênio não cobrir aquela especialidade.”*

No Hospital Super Luxo um dia de grande movimento desencadeou a execução de uma atividade incomum da tarefa recepcionar, relacionada aos médicos de retaguarda. Considerando que os tempos de atendimento são influenciados não só pelo deslocamento do médico que não está presente no pronto-socorro, como pelo tempo de espera da clínica médica os pacientes passam a ser alertados.

*Excerto da Observação 1 – Hospital Super Luxo: “Ao receber a saudação do paciente, o atendente saúda também e antes mesmo de pedir informações ou emitir a senha do paciente, informa com bastante cuidado que o tempo de espera está alto para que o paciente possa decidir se abre ou não sua ficha de atendimento para triagem e cadastro. [...] Observo agora que alguns pacientes acabam desistindo de serem atendidos em função da comunicação de que uma consulta está demorando (agora) aproximadamente 3 horas para clínica médica. [...] Quando algum paciente indica a necessidade de ser atendido por um médico que não fica permanentemente no PSA, o atendente informa que, além do tempo de espera de um clínico geral, há ainda o tempo de chamado e deslocamento do médico da especialidade, que gira em torno de 1h30. Isso evita que o paciente se surpreenda com eventuais períodos longos de espera.”*

Isto acontece também nas variações em que o paciente é priorizado ou naquelas em que ele chegou ao hospital e logo foi monitorizado, conforme pode ser constatado num grande conjunto de variações (de 1.5 a 1.8; de 1.13 a 1.16; de 1.21 a 1.24; de 1.29 a 1.32; de 2.5 a 2.8; de 2.13 a 2.16; de 2.21 a 2.24; de 2.29 a 2.32; de 3.7 a 3.12). O médico da especialidade poderá auxiliar em qualquer uma dessas variações das execuções da rotina organizacional graças ao seu conhecimento e experiência a respeito de tratamentos mais complexos e específicos que os

médicos plantonistas desconhecem. Dessa forma, acredita-se que caso o paciente demande além de medicação, exames ou procedimentos o médico especialista terá maior condições de prescrever o tratamento adequado. Este conhecimento sobre um maior número de passos necessários para operacionalização de um atendimento específico está relacionado com a complexidade da tarefa a ser executada, sendo similar ao que Hærem *et al.* (2015) definem.

#### 4.2.3. Incremento de informações para diagnóstico e tratamento

A adição de tarefas à configuração da rotina organizacional por um médico especialista enfatiza o papel de novos exames e eventuais procedimentos na capacidade da rotina de ser resolutive para uma ampla gama de doenças. Entretanto, há casos em que não há necessidade de que um médico especialista seja chamado, pois o conhecimento dos médicos que estão de plantão no pronto-socorro já é suficiente para o tratamento do caso daquele paciente. Mesmo assim, um conjunto de tarefas pode ser adicionado à configuração da rotina base no caso de os médicos do plantão necessitarem um maior número de evidências para definir o diagnóstico do paciente ou trata-lo ainda dentro do pronto socorro. Nesses casos, além da tarefa medicar, as tarefas coletar amostras para exames laboratoriais, preparar e transferir para exames de imagem e realizar procedimentos podem ser ativadas. No exemplo abaixo é possível perceber que a realização de exames desencadeia algumas tarefas que por fim auxiliarão os médicos a efetuar um diagnóstico mais preciso.

*Excerto da Observação 4 – Hospital Super Luxo: “Observo dois casos de atrasos/questionamentos que ocorrem em função de divergências entre o conjunto de exames que se assume que o convênio cobre e aconteceu de o convênio não cobrir ou não autorizar inicialmente. A atividade do local envolve verificar ou junto ao setor de guias de exames ou até junto ao próprio convênio, neste caso ligando para o convênio, se eles autorizam ou não. Da mesma forma o segundo caso, um exame de dengue, a paciente verifica com seu convênio e eles afirmam que cobrem, mas no sistema indica que não há cobertura. O trabalho envolve oferecer ao paciente a realização do exame a ser pago particular.”*

Dessa forma fica evidenciado como a variedade sequencial sofre uma pressão para aumento em função da necessidade de se coletar mais informações para diagnóstico do quadro do paciente. Esta forma de adaptar a rotina configura uma reação à incerteza da tarefa (Becker, 2005b), porém está bastante ligada com a experiência (Turner e Fern, 2012) do médico em reconhecer os sintomas com maior ou menor conjunto de evidências.

#### 4.2.4. Prolongar o tratamento

De forma similar a o quê ocorre quando da necessidade de se reunirem mais informações sobre o quadro do paciente, a rotina base também recebe a adição de novas tarefas quando há necessidade de prolongar o tratamento do paciente para tempos maiores do que costumeiramente se admite que ele fique no pronto-socorro do hospital.

A tarefa solicitar e proceder internação engloba preparativos clínicos e administrativos feitos no pronto-socorro para que o paciente possa ser transferido para um setor do hospital em que possa repousar mais longamente tendo observação e atendimento sistemático. Deve-se ressaltar que depois de transferido as tarefas às quais paciente será submetido estão fora do escopo da rotina organizacional de atendimento a paciente em pronto-socorro. Isso faz com que a disponibilidade de leitos do hospital seja fator preponderante em condicionar o que ocorre com o paciente após sua internação ter sido solicitada. Esta questão fica perceptível ao notar que no Hospital Super, que tem menor número de leitos, desenvolveu-se uma forma de ampliar a coordenação entre os processos pela alocação de uma pessoa que atua entre a gestão de leitos e o pronto-socorro, conforme retrata o relato abaixo.

*Excerto da Observação 9 – Hospital Super: “Ao iniciar as visitas, a pessoa incumbida da tarefa busca com enfermeiros e técnicos também ter detalhes atualizados da situação clínica dos pacientes que estão nos locais do PSA e do PSI, especialmente UCE e repouso. Com essas informações ao iniciar as conversas com os pacientes, enfermeiros e médicos pode-se, não só passar a previsão de vagas, mas também discutir alternativas, pois eventualmente uma solicitação pode ser alterada em termos de ala ou algo similar. [...] Vejo ela recorrendo a ligações para o setor de Gestão de Leitos, para atualizar as informações em função da solicitação do paciente. Vejo que ela também registra no sistema o que fora combinado com o paciente.”*

Esta função tem objetivo de aumentar a coordenação entre a rotina de atendimento a pacientes no pronto-socorro e as rotinas do outro setor, efeito que se configura de forma similar ao identificado por Gittell (2000; 2002).

Apesar de um alto número de pedidos de internação ter sido observado no Hospital Super Luxo e de, também neste caso, a necessidade de maior permanência gerar a realização de novas tarefas para que se processe a internação, não foi identificada nenhuma tarefa similar a feita no Hospital Super, recém descrita.

#### 4.2.5. Outros elementos influentes na variedade sequencial

Ao analisar as configurações de encadeamentos entre as tarefas é possível perceber que elementos como definição de prioridade, necessidade de especialistas, necessidade de

informações adicionais para diagnóstico e tratamento e a necessidade de prolongar o tratamento influenciam na variedade sequencial da rotina organizacional em observação neste estudo.

Entretanto, é possível perceber que grande parte das variações possuem pequenos grupos de tarefas encadeados de forma mais ou menos fixa em uma parcela significativa das variações. Percebe-se que há um elemento influenciando na estabilidade desses grupos de tarefas. Aparentemente, o aprendizado decorrente de longos períodos de desenvolvimento da rotina organizacional influenciou na forma com que estão estruturados esses padrões de interdependência entre as tarefas. Assim sendo, o elemento interdependência da tarefa (Becker, 2005b) mostra-se atuando predominantemente como um fator de estabilidade da configuração das variações da rotina organizacional estudada.

Na próxima seção do trabalho os elementos aqui apresentados são discutidos no contexto da literatura de rotinas organizacionais.

## 5. DISCUSSÃO

Nesta discussão procede-se um retorno ao marco teórico delineado no início do estudo com o intuito de aprofundar o entendimento daquilo que fora levantado empiricamente durante a pesquisa. Orientado pelo problema de pesquisa e visando atingir os objetivos da pesquisa discute-se:

- a. Se a rotina organizacional observada atende os requisitos conceituais dispostos na literatura;
- b. Questões relativas à granularidade, ponto de vista e limites da rotina;
- c. Como os elementos influentes na variedade sequencial são explicados pelos antecedentes (complexidade da tarefa, incerteza da tarefa, interdependência da tarefa, pressão de tempo e troca de agentes) previstos na literatura e como podem ser objeto para uma nova classificação de antecedentes.

Além disso discutem-se questões que emergiram ao longo do estudo como o papel da experiência, das heurísticas e dos recursos na variedade sequencial. Por fim, propõe-se uma pequena reflexão a respeito dos impactos das alterações na variedade sequencial em termos de resultados das rotinas organizacionais (coordenação, economia de recursos cognitivos e aprendizagem).

### 5.1. Sobre o caráter rotineiro das sequências de tarefas observadas

As duas características mais básicas de uma rotina organizacional são a coletividade e a recorrência das ações (Cohen *et al.*, 1996; Becker, 2004; 2005a; Pentland e Feldman, 2005; Cohen, 2007b; Hodgson, 2008; Pentland, 2011). O estudo das tarefas que permitem às organizações hospitalares proverem pronto atendimento a pacientes com necessidade de tratamento revelou possuir estas características. Os diversos agentes relevantes na execução das tarefas interagem frequentemente para atender uma grande diversidade de casos. Assistentes administrativos, técnicas em enfermagem, enfermeiras e médicos realizam tarefas em que a colaboração é essencial para que o atendimento possa ser resolutivo para o paciente e gerador de eficiência para a organização. Foi possível perceber padrões de ações que envolvem da simples realização de um cadastro do paciente até o atendimento quase instantâneo de casos

graves, ambas tarefas realizadas repetidamente. Foi possível ainda detectar padrões de interligação entre as tarefas e com base neles examinar a variedade sequencial existente.

Este estudo reforça que rotinas não são processos organizacionais rígidos, de conteúdo mundano, que isolam os agentes de pensamentos ou emoções e que estão explicitamente codificados em algum lugar, como destacado por Cohen (2007b) e pode representar o primeiro estudo qualitativo do que o autor chama de padrões-na-variedade (p. 781). A rotina organizacional observada é flexível a ponto de apresentar mais de setenta variações de configuração entre quinze tarefas a partir das quais um sem número de casos pode ser processado. O conhecimento aplicado na execução das tarefas, especialmente nas que envolvem maior decisão a respeito do tratamento do paciente é fruto de longos períodos de estudo na área da saúde e de forma nenhuma se aproximam do corriqueiro ou do trivial. Além disso, pelo fato de envolver a vida dos pacientes, os agentes componentes da rotina organizacional estão frequentemente expostos a reações adversas dos pacientes a, por exemplo, tempos anormais de espera para atendimento. Apesar de ser patente que uma grande porção das atividades é orientada por instruções detalhadas que estão codificadas para garantia dos índices de acerto da organização, como é o caso de triar ou dos protocolos, uma parcela significativa das tarefas não está codificada. Especialmente tarefas contingenciais como a articulação dos pedidos de interação com os demais setores do Hospital Super não possuem instruções específicas e dependem de o colaborador que executa se familiarizar com a rotina organizacional e com os casos que normalmente aparecem para ser tratados.

Foi possível caracterizar de forma empírica os aspectos ostensivo e o performativo da rotina organizacional, conforme ressaltado ser necessário na literatura (Feldman e Pentland, 2003; Hodgson, 2003; 2008). O aspecto ostensivo está ligado a capacidades e a disposições que a organização possui que podem ser postas em uso se necessário. Isto foi operacionalizado por meio da verificação da coerência de possíveis variações da rotina junto aos agentes executores de suas tarefas. Da mesma forma o aspecto performativo fora observado quando incontáveis execuções de tarefas foram observadas diretamente. Os aspectos ostensivo e o performativo da rotina organizacional são importantes conceitos para que se possa entender a variedade sequencial, foco deste estudo. Eles possibilitam compreender que a variedade sequencial máxima de uma rotina é o compêndio de variações que são possíveis de ser executadas – ou seja, as disposições e capacidades do processo, caso necessário. Já o aspecto performativo

denota uma variação possível da configuração de interligação entre as tarefas componentes da variedade sequencial da rotina organizacional.

Levando em consideração as questões apresentadas, acredita-se que é possível afirmar que, mesmo numa perspectiva transversal entre o Hospital Super e o Hospital Super Luxo foi observada uma legítima rotina organizacional de atendimento a pacientes em pronto-socorro.

## **5.2. Granularidade, ponto de vista e limites**

Este estudo também possibilita discutir questões que ainda permanecem incipientes na literatura de rotinas organizacionais como granularidade, ponto de vista e limites das rotinas organizacionais, graças ao seu viés qualitativo e ao tipo de coleta de dados realizado.

Pentland (2003a) afirma que as ações componentes de uma rotina organizacional podem ser descritas em uma perspectiva detalhada na qual atividades muito individuais são descritas. O autor, entretanto, destaca que “maços” de ações geralmente possuem mais significado para o contexto organizacional. Neste estudo foi possível observar grande parte das tarefas em detalhe graças ao método de observação. Entretanto, para que fossem possíveis analisar a variedade sequencial as micro atividades foram agrupadas em maços e representadas com verbos no infinitivo para darem ideia de ação em curso. Esses maços de ações, as quinze tarefas – descritos anteriormente em detalhes, são a base da compreensão da rotina organizacional. É possível aventar a utilidade de níveis de agregação maiores como, por exemplo, agrupar as tarefas aqui descritas em um maço chamado atender pacientes em pronto-socorro. Considerando este nível de agregação, mais rotinas podem ser analisadas e suas inter-relações podem ser investigadas. Essa “pirâmide” de agregação de ações sob a perspectiva das rotinas organizacionais, fundamentada nos pressupostos do clássico estudo de Pentland e Reuter (1994) vem sendo recentemente estudada do ponto de vista de redes de ações (Pentland *et al.*, 2010; Pentland, 2013; Hærem *et al.*, 2015). A partir da possibilidade de se evidenciar detalhes de tarefas componentes de rotinas organizacionais e de explorá-las em diferentes níveis de agregação a construção de tipologias de rotinas organizacionais se torna algo factível para estudos futuros.

Outra questão relevante para o estudo de rotinas organizacionais e especialmente para o estudo da variedade sequencial é a questão do ponto de vista. Há basicamente duas formas de observar uma rotina. Ela pode ser observada de um ponto de vista horizontal em que uma execução

(nessa pesquisa seria o equivalente a um atendimento) por completo da rotina é acompanhada da primeira à última tarefa com o pesquisador se movimentando pelo processo juntamente com o *input* (o paciente) que é processado. Por outro lado, pode-se observar diversas repetições de uma tarefa fixando o pesquisador em um ponto da rotina. A intenção inicial desta pesquisa era realizar o primeiro tipo de observação. Entretanto, ao ingressar no campo munido de foco no conceito de variedade sequencial percebeu-se que o ponto de vista adotado, o segundo, favorece a captação de uma diversidade maior de casos e possibilita compreender em profundidade as fontes de variação existentes.

Este tipo de observação, porém, levanta uma questão: onde começa e onde termina uma rotina organizacional? A principal discussão que se percebe como incipiente na literatura de rotinas organizacionais é relativa aos limites de uma rotina organizacional. Como definir se, por exemplo, a tarefa de internação realizada para muitos casos entre os observados é uma tarefa que faz parte da rotina de atendimento a pacientes no pronto-socorro? O que é possível dizer é que as tarefas das extremidades tendem a ser mais fixas e a variedade sequencial tende a se manifestar mais no centro da configuração. Apesar de no caso das emergências isso não ser verdade, pois o cadastro, por exemplo, é feito com o paciente já em atendimento pelo médico/enfermeiros na maioria das demais variações é possível perceber um padrão diferente entre extremidades e centro da configuração da variação já que este estudo utilizou como critério para inclusão de tarefas na estrutura da configuração da rotina o fato de ela ser diretamente atrelada ao objetivo central da rotina que, nesse caso, é emitir o desfecho médico.

### **5.3. A influência dos antecedentes na variedade sequencial**

O foco deste estudo é analisar como os antecedentes dos padrões recorrentes de interações afetam a variedade sequencial. A variedade sequencial da rotina de atendimento a pacientes no pronto-socorro pode ser considerada alta pois foram encontradas 76 variações contando com a configuração base da rotina. Entre os fatores que geram novas configurações executadas no âmbito da rotina organizacional analisada foi possível destacar e descrever a definição de prioridade, a necessidade de especialista, o incremento de informações para diagnóstico e tratamento e prolongar o tratamento do paciente como principais fontes de variações.

A definição de prioridade pode ser descrita como o antecedente pressão de tempo (Betsch *et al.*, 2004; Becker, 2005b). As principais variações decorrentes da pressão de tempo consistem

em suprimir a execução de tarefas da rotina. Corroborando o que a literatura afirma (Becker, 2005b), as alternativas de variações encontradas no segundo e no terceiro tipo de variação oferecem aos participantes um caminho ao qual aderir quando o tempo é restrito. Ao verificar esta premissa, Betsch *et al.* (2004) se depararam com a ocorrência de erros dos indivíduos provocados pela pressão de tempo quanto eles, ao invés de aderir à rotina tentaram desviar do padrão comumente adotado para execução. Na presente pesquisa, por mais que a pressão de tempo tenha influenciado na execução das tarefas, os agentes tenderam a aderir aquilo que está previsto no aspecto ostensivo, ou nas disposições da rotina organizacional. Dessa forma não foram registrados erros decorrentes de pressão extrema de tempo, apesar de ser possível identificar o efeito dela na variedade sequencial. Um fator adicional que emergiu durante a pesquisa no âmbito da influencia da pressão de tempo na variedade sequencial foi a identificação do papel de heurísticas (Cohen *et al.*, 1996; Bingham e Eisenhardt, 2011). Elas se apresentaram principalmente no contexto da tarefa triar, como uma forma de auxiliar na tomada de decisão sobre qual das configurações de sequência de tarefas é a mais adequada para o caso do paciente.

A necessidade de especialista é passível de ser explicada pelo antecedente complexidade da tarefa (Becker, 2005b; Hærem *et al.*, 2015). As organizações hospitalares observadas possuem um limite no número e na especialização dos profissionais plantonistas, que ficam disponíveis no pronto-socorro para atendimentos. Esse limite explica um conjunto de variações que é acionado quando tarefas relacionadas à medicar, coletar amostras para exames laboratoriais e de imagem além de realizar procedimentos demandam que um médico especialista dotado de conhecimento específico entre em cena. Este estudo oferece evidências para algo que Becker (2005b) considera em aberto na literatura que é a influência da complexidade da tarefa na variedade sequencial. Segundo o autor, o antecedente pode tanto tornar a variedade sequencial maior, quanto pode fazer com que ela diminua (p. 830). Nesta pesquisa, tomando como base a configuração mais executada da rotina, as execuções em que a complexidade da tarefa é maior demandaram a inclusão de tarefas na estrutura da rotina pressionando a variedade sequencial a aumentar. Este estudo oferece evidências para isso em pelo menos dois sentidos. O primeiro é que nas situações em que o caso do paciente não pode ser tratado por médicos plantonistas que estão à disposição por eles não terem conhecimento suficiente para aqueles casos, uma série de tarefas é acionada e a variedade sequencial será tencionada para cima, pois a execução da rotina agregará passos que possibilitem a um especialista naquele caso vir até o pronto-socorro e avaliar o caso. O segundo é no caso da realização de exames de imagem, mesmo em

comparação com exames laboratoriais. Quando há essa necessidade (de exames de imagem) de um conjunto mais detalhado de evidências, um número maior de fases é executado pois o paciente tem que ser movido para locais em que os exames possam ser feitos, ou então equipamentos móveis devem vir até o paciente.

O incremento de informações para diagnóstico e tratamento corresponde à incerteza da tarefa (Argote, 1982; Becker, 2005b; Becker e Knudsen, 2005). Neste caso, foi possível perceber que os médicos eventualmente necessitam se certificar de sintomas do quadro do paciente para garantir que o diagnóstico seja o mais preciso possível. Esta necessidade também elevou a variedade sequencial de forma substancial. Entretanto, foi possível perceber que um elemento de experiência está presente nesta relação. Corroborando o que afirmam Turner e Fern (2012) a experiência estabiliza as variações da rotina organizacional, ou seja, o aumento da variedade sequencial é amenizado pela experiência. Médicos com grande experiência parecem apresentar um repertório maior de casos tratados o que diminui a dependência de novas tarefas para garantir que o diagnóstico seja resolutivo. Pode-se argumentar que o efeito da experiência deveria estar restrito à tarefa que o indivíduo executa no contexto da rotina. Entretanto, decisões tomadas de posse de altos níveis de experiência ensejam variações mais eficientes da rotina. O impacto de alta experiência se dispersa pela configuração da rotina pois define as próximas tarefas que serão executadas.

Prolongar o tratamento pode ser analisado no contexto de incerteza e de interdependência da tarefa. Entretanto, parece ser mais coerente compreender que o que gera novas tarefas e, por conseguinte a ativação de variações diferentes da rotina organizacional é mais a dependência de recursos que estão fora do escopo do pronto-socorro do que uma eventual carência de informações sobre o quadro do paciente, já que sua internação é solicitada como desfecho médico do atendimento no pronto-socorro. Assim sendo, a interdependência da tarefa solicitar e proceder internação acaba por influenciar a variedade sequencial pressionando-a para cima. Isto se intensifica quando os recursos (Winter, 1995) disponíveis na organização não são capazes de dar conta de um maior número de atendimentos.

Há que se observar que a interdependência da tarefa também possui efeito estabilizador na variedade sequencial. Há pequenos conjuntos de tarefas que estão conectados de forma mais intensa que outros em um maior número de variações daquelas que foram identificadas. É importante perceber que essas conexões de interdependência foram formadas como resultados

de longos períodos de execução da rotina e são resultado de curvas de aprendizagem (Yelle, 1979; Argote e Miron-Spektor, 2011).

Propõe-se, por fim, chamar atenção para o fato que os antecedentes identificados como influentes na variedade sequencial constituem dois grupos e podem ser classificados de acordo com isso. Enquanto pressão de tempo e incerteza da tarefa derivam de questões externas relativas à multiplicidade de condições dos pacientes, a complexidade da tarefa e a interdependência da tarefa estão mais ligados à regras e recursos organizacionais.

## 6. CONCLUSÕES

Este estudo contribui para a literatura de rotinas organizacionais por ter identificado que os antecedentes às execuções de padrões de ação interdependentes podem ser classificados em externos à organização e internos. Esta contribuição é feita a partir da evidenciação e análise de um conjunto de fontes de variedade sequencial que são explicadas pelos antecedentes existentes na literatura, exclusive a rotatividade de agentes. A variedade sequencial assume alta relevância neste estudo em função de sua representatividade no problema de pesquisa. Foi possível identificar um alto grau de variedade sequencial na pesquisa. Das mais de setenta variações foi possível extrair três grandes grupos com tarefas adicionais e tarefas executadas em pontos diferentes daquele em que ela é executada quando se fala da variação mais recorrente. A comparação entre as variações deu a possibilidade de compreender mais a fundo as fontes de variedade sequencial. Observar as diferentes configurações de sequências de tarefas possibilita vislumbrar possíveis fontes de mudança na rotina, apesar de este estudo não ter identificado mudanças significativas em curso. Este estudo dá evidências sobre como pressão de tempo, complexidade da tarefa, incerteza da tarefa e interdependência da tarefa influenciam a variedade sequencial. Os elementos adicionais que influenciam na variedade sequencial, como heurísticas por exemplo, também reforçam as distinções feitas na revisão teórica desta pesquisa. A identificação destes elementos tem implicações práticas para os hospitais, que a partir da ciência de que eles fazem com que a execução se pareça menos com as execuções mais coordenadas, pode reorganizar seus processos com a orientação para minimização do impacto destas variações sobre a eficiência do processo. Entende-se que dessa forma, a pesquisa cumpriu seu objetivo que era analisar como os antecedentes influenciam a variedade sequencial.

O trabalho está sujeito a indicação de algumas limitações. Inicialmente pode-se dizer que não há uma organização que sirva como contra factual para as constatações descritas, dado que a comparação é entre organizações com desempenho superior e alto nível de aderência aos padrões indicados por organizações de regulação do setor hospitalareiro. Além disso, pode-se dizer que o fato de não se ter permanecido no campo por mais tempo ou a impossibilidade de coletar dados junto às consultas médicas podem enviesar os dados e limitar seu potencial explicativo. Uma evidência disso é que o processo demonstrou-se muito mais rígido do que flexível, no sentido que não foram identificadas mudanças ocorrendo. O viés também se manifesta quando nos relatos é possível ver que o pesquisador é percebido no campo de diversas formas, por vezes representando até “um espião” ou alguém “do recursos humanos”. Não contar

com a naturalização do pesquisador e a abertura das pessoas que executam as tarefas pode ser relevante para a fidedignidade dos dados coletados.

Outra limitação é relativa a metodologia que pode possuir fragilidades por ser uma proposição de adaptação da análise de conteúdo à pesquisa sobre rotinas organizacionais e não utilizar as técnicas mais robustas existentes.

Entretanto, este trabalho enseja diversas oportunidades de pesquisa. Ao longo do contato com os hospitais identificou-se a existência de um software de gestão que controla o avanço dos pacientes pelo pronto-socorro contendo, inclusive, registro dos tempos em que o paciente passou por cada fase da rotina de atendimento do pronto socorro. Este registro aparenta ser bastante frutífero para pesquisa em rotinas organizacionais por permitir, por exemplo, avaliar o efeito do tempo de experiência de médicos e enfermeiros – outro dado disponível – nos tempos de atendimento e na variedade sequencial existente. Ainda empiricamente, pode-se vislumbrar que hospitais com naturezas jurídicas e níveis de aderência diferentes podem ser interessantes para comparação. Enquanto hospitais públicos convivem com clientela e lógica de acesso à recursos diferentes, maiores ou menores níveis de adesão às recomendações de órgãos regulamentadores de qualidade no setor de saúde também podem enriquecer e viabilizar comparações. Do ponto de vista conceitual, o principal tópico que pode ser alvo de pesquisa é a questão dos limites das rotinas organizacionais. Pentland (2003a) tangencia a questão, porém acredita-se que pesquisas de cunho qualitativo e multinível podem auxiliar a compreender critérios mais detalhados de definição dos limites das rotinas organizacionais, bem como podem facilitar a discussão sobre granularidade de composição das tarefas.

Acredita-se também que é possível ampliar a pesquisa sobre rotinas para uma gama maior de hospitais fazendo algo como uma *survey* de características das tarefas executadas nos prontos-socorros como o uso do *Manchester Triage System* ou a adoção de protocolos e sistemas de informação. Outra questão que pode ser detalhada é a execução dos protocolos. Eles são parte importante do aspecto ostensivo da rotina, mas podem sofrer alterações na execução, ou seja, na hora de “performar” a rotina. É possível ainda sugerir que novos estudos façam observações com foco em salas de emergência buscando compreender as micro atividades que são executadas por e entre técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e auxiliares administrativos.

## 7. REFERÊNCIAS

ABELL, P.; FELIN, T.; FOSS, N. Building micro-foundations for the routines, capabilities, and performance links. **Managerial and Decision Economics**, v. 29, n. 6, p. 489-502, 2008. ISSN 01436570 10991468.

ADLER, P. S. Introduction to the forum on hospital management. **California Management Review**, v. 45, n. 2, p. 6-11, 2003.

ADLER, P. S.; GOLDOFTAS, B.; LEVINE, D. I. Flexibility versus Efficiency? A case study of model changeovers in the Toyota Production System. **Organization Science**, v. 10, n. 1, p. 43-68, 1999.

ALDRICH, H. E.; RUEF, M. **Organizations evolving**: SAGE Publications: 344 p. 2006.

ANAHP. **Observatório 2015**. São Paulo - SP: Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP 2015.

ANGROSINO, M. V. Recontextualizing observation. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Ed.). **The Sage handbook of qualitative research**: Sage, 2005. cap. 17, ISBN 0761927573.

ARGOTE, L. Input Uncertainty and Organizational Coordination in Hospital Emergency Units. **Administrative Science Quarterly**, v. 27, n. 3, p. 420-434, 1982.

ARGOTE, L.; EPPLE, D. Learning curves in manufacturing. **Science**, v. 247, n. 4945, p. 920-4, Feb 23 1990. ISSN 0036-8075.

ARGOTE, L.; MIRON-SPEKTOR, E. Organizational Learning: From Experience to Knowledge. **Organization Science**, v. 22, n. 5, p. 1123-1137, Sep-Oct 2011. ISSN 1047-7039.

ARGOTE, L.; REN, Y. Q. Transactive Memory Systems: A Microfoundation of Dynamic Capabilities. **Journal of Management Studies**, v. 49, n. 8, p. 1375-1382, Dec 2012. ISSN 0022-2380.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Brasil: Edições 70 - Brasil, 2011. ISBN 8562938041.

BECKER, M. C. Organizational routines: a review of the literature. **Industrial and Corporate Change**, v. 13, n. 4, p. 643-677, Aug 2004. ISSN 0960-6491.

\_\_\_\_\_. The concept of routines: some clarifications. **Cambridge Journal of Economics**, v. 29, n. 2, p. 249-262, Mar 1 2005a. ISSN 0309-166X.

\_\_\_\_\_. A framework for applying organizational routines in empirical research: linking antecedents, characteristics and performance outcomes of recurrent interaction patterns. **Industrial and Corporate Change**, v. 14, n. 5, p. 817-846, 2005b. ISSN 0960-6491.

\_\_\_\_\_. **Handbook of Organizational Routines**. Edward Elgar, 2008.

BECKER, M. C.; KNUDSEN, T. The role of routines in reducing pervasive uncertainty. **Journal of Business Research**, v. 58, n. 6, p. 746-757, Jun 2005. ISSN 0148-2963.

BECKER, M. C.; LAZARIC, N. **Organizational Routines: Advancing Empirical Research**. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2009.

BECKER, M. C.; ZIRPOLI, F. Applying organizational routines in analyzing the behavior of organizations. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 66, n. 1, p. 128-148, 2008. ISSN 01672681.

BESANKO, D. et al. **Economics of Strategy**. John Wiley & Sons, 2009.

BETSCH, T. et al. The effects of routine strength on adaptation and information search in recurrent decision making. **Organ Behav Hum Decis Process**, v. 84, n. 1, p. 23-53, Jan 2001. ISSN 0749-5978 (Linking).

BETSCH, T. et al. Oops, I did it again—relapse errors in routinized decision making. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 93, n. 1, p. 62-74, 2004. ISSN 07495978.

BINGHAM, C. B.; EISENHARDT, K. M. Rational heuristics: the ‘simple rules’ that strategists learn from process experience. **Strategic Management Journal**, v. 32, n. 13, p. 1437-1464, 2011. ISSN 01432095.

BINGHAM, C. B.; EISENHARDT, K. M.; FURR, N. R. What makes a process a capability? Heuristics, strategy, and effective capture of opportunities. **Strategic Entrepreneurship Journal**, v. 1, n. 1-2, p. 27-47, 2007. ISSN 19324391.

BIRNHOLTZ, J. P.; COHEN, M. D.; HOCH, S. V. Organizational Character: On the Regeneration of Camp Poplar Grove. **Organization Science**, v. 18, n. 2, p. 315-332, 2007. ISSN 1047-7039.

BLOOR, M.; WOOD, F. **Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts**. Sage, 2006. ISBN 1847877559.

BOHMER, R. M. J. Fixing health care on the front lines. **Harvard Business Review**, 2010.

CANAL, R. **Erro médico e judicialização da Medicina**. Brasília, DF: Gráfica e Editora Saturno, 2014.

CNS, C. N. D. S. Dados do Setor. 2016. Disponível em: < [http://www.cns.org.br/links/DADOS\\_DO\\_SETOR.htm](http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm) >.

COHEN, M. D. Administrative Behavior: Laying the foundations for cyert and march. **Organization Science**, v. 18, n. 3, p. 503-506, May-Jun 2007a. ISSN 1047-7039.

\_\_\_\_\_. Reading Dewey: Reflections on the study of routine. **Organization Studies**, v. 28, n. 5, p. 773-786, May 2007b. ISSN 0170-8406.

COHEN, M. D.; BACDAYAN, P. Organizational Routines Are Stored as Procedural Memory - Evidence from a Laboratory Study. **Organization Science**, v. 5, n. 4, p. 554-568, Nov 1994. ISSN 1047-7039.

COHEN, M. D. et al. Routines and Other Recurring Action Patterns of Organizations: Contemporary Research Issues. **Industrial and Corporate Change**, v. 5, n. 3, p. 653-698, 1996. ISSN 0960-6491.

DATASUS. Gasto com consumo de bens e serviços de saúde, como percentual do PIB, por setor Brasil. 2009. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/e04.htm> >.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage handbook of qualitative research**. Sage, 2005. ISBN 0761927573.

DOSI, G.; NELSON, R. R.; WINTER, S. G. **The Nature and Dynamics of Organizational Capabilities**. New York: Oxford University Press, 2000.

DURIAU, V. J.; REGER, R. K.; PFARRER, M. D. A content analysis of the content analysis literature in organization studies: Research themes, data sources, and methodological refinements. **Organizational research methods**, v. 10, n. 1, p. 5-34, 2007. ISSN 1094-4281.

ECONÔMICO, V. Site do Jornal Valor Econômico. 2016. Disponível em: < <http://www.valoreconomico.com.br/> >.

EDMONDSON, A. C.; BOHMER, R. M.; PISANO, G. P. Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals. **Administrative Science Quarterly**, v. 46, n. 4, p. 685, 2001. ISSN 00018392.

EISENHARDT, K. M.; FURR, N. R.; BINGHAM, C. B. Microfoundations of Performance: Balancing Efficiency and Flexibility in Dynamic Environments. **Organization Science**, v. 21, n. 6, p. 1263-1273, Nov-Dec 2010. ISSN 1047-7039.

EPPLÉ, D.; ARGOTE, L.; DEVADAS, R. Organizational learning curves: a method for investigating intra-plant transfer of knowledge acquired through learning by doing. **Organization Science**, v. 2, n. 1, p. 58-70, 1991.

FBH, F. B. D. H.-. Hospitais no Brasil, por natureza jurídica. 2013. Disponível em: < [http://fbh.com.br/health\\_indicators/hospitais-no-pais/](http://fbh.com.br/health_indicators/hospitais-no-pais/) >. Acesso em: Setembro.

FELDMAN, M. S. Organizational routines as a source of continuous change. **Organization Science**, v. 11, n. 6, p. 611-629, Nov-Dec 2000. ISSN 1047-7039.

\_\_\_\_\_. A performative perspective on stability and change in organizational routines. **Industrial and Corporate Change**, v. 12, n. 4, p. 727-752, Aug 2003. ISSN 0960-6491.

FELDMAN, M. S.; PENTLAND, B. T. Reconceptualizing organizational routines as a source of flexibility and change. **Administrative Science Quarterly**, v. 48, n. 1, p. 94-118, Mar 2003. ISSN 0001-8392.

FELIN, T.; FOSS, N. J. The endogenous origins of experience, routines, and organizational capabilities: the poverty of stimulus. **Journal of Institutional Economics**, v. 7, n. 2, p. 231-256, Jun 2011. ISSN 1744-1374.

FELIN, T. et al. Microfoundations of Routines and Capabilities: Individuals, Processes, and Structure. **Journal of Management Studies**, v. 49, n. 8, p. 1351-1374, Dec 2012. ISSN 0022-2380.

GANN, D. M. Construction as a manufacturing process? Similarities and differences between industrialized housing and car production in Japan. **Construction Management & Economics**, v. 14, n. 5, p. 437-450, 1996. ISSN 0144-6193.

GAO, D.; DENG, X.; BAI, B. The emergence of organizational routines from habitual behaviours of multiple actors: an agent-based simulation study. **Journal of Simulation**, v. 8, n. 3, p. 215-230, Aug 2014. ISSN 1747-7778.

GEIGER, D.; SCHRODER, A. Ever-changing routines? Toward a revised understanding of organizational routines between rule-following and rule-breaking. **Schmalenbach Business Review**, v. 66, n. 2, Apr 2014.

GIROTRA, K.; NETESSINE, S. Why Apple Has to Manufacture in China. **Harvard Business Review - Blogs**, 2012. Disponível em: < <http://blogs.hbr.org/2012/10/why-apple-has-to-manufacture-i/> >.

GITTELL, J. H. Organizing work to support relational co-ordination. **International Journal of Human Resource Management**, v. 11, n. 3, p. 517-539, 2000. ISSN 0958-5192.

\_\_\_\_\_. Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. **Management Science**, v. 48, n. 11, p. 1408-1426, 2002. ISSN 0025-1909.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse education today**, v. 24, n. 2, p. 105-112, 2004. ISSN 0260-6917.

HÆREM, T.; PENTLAND, B. T.; MILLER, K. D. Task complexity: extending a core concept. **Academy of Management Review**, v. 40, n. 3, p. 446-460, 2015. ISSN 0363-7425.

HANNAN, M. T.; FREEMAN, J. Structural Inertia and Organizational Change. **American Sociological Review**, v. 49, n. 2, p. 149-164, 1984. ISSN 0003-1224.

HODGSON, G. M. The Mystery of Routine: The Darwinian destiny of An Evolutionary Theory of Economic Change. **Revue économique**, v. 54, n. 2, p. 355-384, 2003.

\_\_\_\_\_. Reclaiming habit for institutional economics. **Journal of Economic Psychology**, v. 25, n. 5, p. 651-660, Oct 2004. ISSN 0167-4870.

\_\_\_\_\_. The concept of a routine. In: BECKER, M. C. (Ed.). **Handbook of organizational routines**: Edward Elgar Publishing, 2008. p.343.

\_\_\_\_\_. **The Nature and Replication of Routines**. Organizational Routines: Advancing Empirical Research. BECKER, M. C. e LAZARIC, N. Cheltenham, UK: Edward Elgar: 26-46 p. 2009.

HODGSON, G. M.; KNUDSEN, T. R. The firm as an interactor: firms as vehicles for habits and routines. **Journal of Evolutionary Economics**, v. 14, n. 3, p. 281-307, 2004. ISSN 0936-9937.

\_\_\_\_\_. Poverty of stimulus and absence of cause: some questions for Felin and Foss. **Journal of Institutional Economics**, v. 7, n. 2, p. 295-298, Jun 2011. ISSN 1744-1374.

HOWARD-GRENVILLE, J. A. The Persistence of Flexible Organizational Routines: The Role of Agency and Organizational Context. **Organization Science**, v. 16, n. 6, p. 618-636, 2005. ISSN 1047-7039.

LAZARIC, N.; DENIS, B. Routinization and memorization of tasks in a workshop: the case of the introduction of ISO norms. **Industrial and Corporate Change**, v. 14, n. 5, p. 873-896, Oct 2005. ISSN 0960-6491.

LEVITT, B.; MARCH, J. G. Organizational Learning. **Annual Review of Sociology**, v. 14, p. 319-340, 1988. ISSN 0360-0572.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage**. John Wiley & Sons, 2014. ISBN 111829906X.

MARCH, J. G.; SIMON, H. A. **Organizations**. New York: Wiley, 1958.

MARINHO, A. **Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings**. APLICADA, I.-I. D. P. E. Rio de Janeiro, RJ: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2001.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. D. S.; ALMEIDA, V. V. **Uma Política de Investimentos Defensiva para o Resultado Operacional de Hospitais Públicos na Presença de Filas e de Desigualdades de Acesso a Hospitais Privados**. APLICADA, I.-I. D. P. E. Rio de Janeiro, RJ 2009.

MILAGRES, R. Rotinas - Uma Revisão Teórica. **Revista Brasileira de Inovação**, v. 10, n. 1, p. 161-196, 2011.

MILLER, K. D.; PENTLAND, B. T.; CHOI, S. Dynamics of Performing and Remembering Organizational Routines. **Journal of Management Studies**, v. 49, n. 8, p. 1536-1558, 2012. ISSN 00222380.

MINER, A. S.; CIUCHTA, M. P.; GONG, Y. Organizational routines and organizational learning. In: BECKER, M. C. (Ed.). **Handbook of organizational routines**. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2008. cap. Chap. 8, p.343.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

NELSON, R. R.; WINTER, S. G. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. Harvard University Press, 1982. ISBN 9780674041431.

OLSON, G. M.; HERBSLEB, J. D.; RUETER, H. H. Characterizing the sequential structure of interactive behaviors through statistical and grammatical techniques. **Human-Computer Interaction**, v. 9, n. 4, p. 427-472, 1994. ISSN 0737-0024.

PENTLAND, B. T. Conceptualizing and measuring variety in the execution of organizational work processes. **Management Science**, v. 49, n. 7, p. 857-870, Jul 2003a. ISSN 0025-1909.

\_\_\_\_\_. Sequential variety in work processes. **Organization Science**, v. 14, n. 5, p. 528-540, Sep-Oct 2003b. ISSN 1047-7039.

\_\_\_\_\_. The foundation is solid, if you know where to look: comment on Felin and Foss. **Journal of Institutional Economics**, v. 7, n. 2, p. 279-293, Jun 2011. ISSN 1744-1374.

\_\_\_\_\_. **Networks of action in social science research**: Michigan State University 2013.

PENTLAND, B. T.; FELDMAN, M. S. Organizational routines as a unit of analysis. **Industrial and Corporate Change**, v. 14, n. 5, p. 793-815, Oct 2005. ISSN 0960-6491.

PENTLAND, B. T. et al. Dynamics of Organizational Routines: A Generative Model. **Journal of Management Studies**, v. 49, n. 8, p. 1484-1508, 2012. ISSN 00222380.

PENTLAND, B. T.; HÆREM, T.; HILLISON, D. Comparing Organizational Routines as Recurrent Patterns of Action. **Organization Studies**, v. 31, n. 7, p. 917-940, Jul 2010. ISSN 0170-8406.

\_\_\_\_\_. The (N)Ever-Changing World: Stability and Change in Organizational Routines. **Organization Science**, v. 22, n. 6, p. 1369-1383, 2011. ISSN 1047-7039.

PENTLAND, B. T.; REUTER, H. H. Organizational Routines as grammars of action. **Administrative Science Quarterly**, v. 39, n. 3, p. 484-510, Sep 1994. ISSN 0001-8392.

POLANYI, M. **The tacit dimension**. Chicago: University of Chicago Press, 2009. ISBN 0844659991.

POWELL, T. C. Competitive advantage: Logical and philosophical considerations. **Strategic Management Journal**, v. 22, n. 9, p. 875-888, Sep 2001. ISSN 0143-2095.

PRIETULA, M. J.; WATSON, H. S. When behavior matters: Games and computation in A Behavioral Theory of the Firm. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 66, n. 1, p. 74-94, 2008. ISSN 01672681.

RERUP, C.; FELDMAN, M. S. Routines as a source of change in organizational schemata: The role of trial-and-error learning. **Academy of Management Journal**, v. 54, n. 3, p. 577-610, 2011.

RUMELT, R. P.; SCHENDEL, D.; TEECE, D. J. **Fundamental Issues in Strategy: A Research Agenda**. Harvard Business School Press, 1994. ISBN 9780875843438. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=KSA6bxwLRW4C> >.

SALVATO, C.; RERUP, C. Beyond Collective Entities: Multilevel Research on Organizational Routines and Capabilities. **Journal of Management**, v. 37, n. 2, p. 468-490, 2010. ISSN 0149-2063.

SAÚDE, M. D. **Datasus**. PARTICIPATIVA, S. D. G. E. E. 2014.

SIMON, H. A. **The Sciences of the Artificial**. 3. Cambridge: The MIT Press, 1996.

SQUIRE, L. R. **Memory and brain**. New York: Oxford University Press, 1987. 315 ISBN 0-19-504207-7.

STAKE, R. Qualitative case study In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Ed.). **The Sage handbook of qualitative research**: Sage, 2005. cap. 17, ISBN 0761927573.

SZULANSKI, G. Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. **Strategic Management Journal**, v. 17, n. Winter Special Issue, p. 27-43, Win 1996. ISSN 0143-2095.

\_\_\_\_\_. The Process of Knowledge Transfer: A Diachronic Analysis of Stickiness. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 82, n. 1, p. 9-27, 2000. ISSN 07495978.

TEECE, D. J. Dynamic Capabilities: Routines versus Entrepreneurial Action. **Journal of Management Studies**, v. 49, n. 8, p. 1395-1401, 2012. ISSN 00222380.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic Management Journal**, v. 18, n. 7, p. 509-533, Aug 1997. ISSN 0143-2095.

TULVING, E.; SCHACTER, D. L. Priming and human memory systems. **Science**, v. 247, n. 4940, p. 301-6, Jan 19 1990. ISSN 0036-8075 (Linking).

TURNER, S. F.; FERN, M. J. Examining the Stability and Variability of Routine Performances: The Effects of Experience and Context Change. **Journal of Management Studies**, v. 49, n. 8, p. 1407-1434, 2012. ISSN 00222380.

TURNER, S. F.; RINDOVA, V. A Balancing Act: How Organizations Pursue Consistency in Routine Functioning in the Face of Ongoing Change. **Organization Science**, v. 23, n. 1, p. 24-46, 2012. ISSN 1047-7039.

WEISS, H. M.; ILGEN, D. R. Routinized behavior in organizations. **Journal of Behavioral Economics**, v. 14, n. 1, p. 57-67, Winter 1985.

WINTER, S. G. **Four Rs of Profitability: Rents Resources Routines and Replication**. The Wharton School: University of Pennsylvania 1995.

WINTER, S. G. Problems at the Foundation? Comments on Felin and Foss. **Journal of Institutional Economics**, v. 7, n. 02, p. 257-277, 2011.

WINTER, S. G.; SZULANSKI, G. Replication as strategy. **Organization Science**, v. 12, n. 6, p. 730-743, Nov-Dec 2001. ISSN 1047-7039.

\_\_\_\_\_. Replication of Organizational Routines: Conceptualizing the Exploitation of Knowledge Assets. In: CHOO, C. W. e BONTIS, N. (Ed.). **The Strategic Management of Intellectual Capital and Organizational Knowledge**. New York: Oxford University Press, 2002.

YELLE, L. E. The learning curve: historical review and comprehensive survey. **Decision Sciences**, v. 10, n. 2, p. 302-328, 1979. ISSN 00117315.



## APÊNDICES

## Apêndice 1 – Compêndio das variações

Tarefa 1	Tarefa 2	Tarefa 3	Tarefa 4	Tarefa 5	Tarefa 6	Tarefa 7	Tarefa 8	Tarefa 9	Tarefa 10	Tarefa 11	Tarefa 12	Tarefa 13	Tarefa 14	Tarefa 15
1.1: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico						
1.2: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico					
1.3: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
1.4: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
1.5: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico					
1.6: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
1.7: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			

1.8: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico		
1.9: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico					
1.10: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
1.11: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
1.12: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico		
1.13: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
1.14: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
1.15: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico		

1.16: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	
1.17: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação					
1.18: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação				
1.19: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
1.20: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		
1.21: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação				
1.22: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
1.23: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		

1.24: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	
1.25: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação				
1.26: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
1.27: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		
1.28: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	
1.29: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
1.30: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		
1.31: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	

1.32: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Chamar para consulta	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação
----------------------	-----------	-------	----------------------	--------------------------	---------------------------------	---------	--	---	-----------------------	-------------	--	-----------	------------------------	---------------------------------

Tarefa 1	Tarefa 2	Tarefa 3	Tarefa 4	Tarefa 5	Tarefa 6	Tarefa 7	Tarefa 8	Tarefa 9	Tarefa 10	Tarefa 11	Tarefa 12	Tarefa 13	Tarefa 14
2.1: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico						
2.2: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico					
2.3: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
2.4: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
2.5: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico					
2.6: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				

2.7: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
2.8: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico		
2.9: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico					
2.10: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
2.11: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
2.12: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico		
2.13: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
2.14: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico			

2.15: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico		
2.16: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	
2.17: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação					
2.18: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação				
2.19: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
2.20: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		
2.21: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação				
2.22: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			

2.23: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		
2.24: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	
2.25: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação				
2.26: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
2.27: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		
2.28: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	
2.29: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
2.30: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		

2.31: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	
2.32: Recepcionar	Cadastrar	Triar	Realizar consulta médica	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Monitorizar	Conduzir para espera interna e reavaliação	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação

Tarefa 1	Tarefa 2	Tarefa 3	Tarefa 4	Tarefa 5	Tarefa 6	Tarefa 7	Tarefa 8	Tarefa 9	Tarefa 10	Tarefa 11
3.1: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Reavaliar	Emitir desfecho médico				
3.2: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
3.3: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Reavaliar	Emitir desfecho médico		
3.4: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação			
3.5: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		

3.6: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	
3.7: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Reavaliar	Emitir desfecho médico			
3.8: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Reavaliar	Emitir desfecho médico		
3.9: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Reavaliar	Emitir desfecho médico	
3.10: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação		
3.11: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação	
3.12: Monitorizar	Realizar consulta médica	Cadastrar	Requisitar médico de retaguarda	Medicar	Coletar amostras para exames laboratoriais	Preparar e transferir para exames de imagem	Realizar procedimento	Reavaliar	Emitir desfecho médico	Solicitar e proceder internação