

Aline Lima Pestana Magalhães

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO
PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E
TECIDOS NA PERSPECTIVA DO PENSAMENTO LEAN**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Magalhães, Aline Lima Pestana

Gerenciando o cuidado de enfermagem no processo de
doação e transplantes de órgãos e tecidos na perspectiva do
pensamento lean / Aline Lima Pestana Magalhães ;
orientador, Alacque Lorenzini Erdmann - Florianópolis, SC,
2015.

237 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Gerência. 4. Obtenção
de órgãos e tecidos.. 5. Pensamento Lean.. I. Erdmann,
Alacque Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

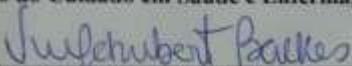
ALINE LIMA PESTANA MAGALHÃES

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO
PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E
TECIDOS NA PERSPECTIVA DO PENSAMENTO LEAN**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 18 de dezembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.**

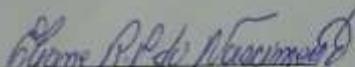


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

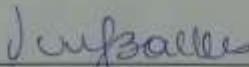
Banca Examinadora:



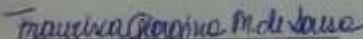
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente



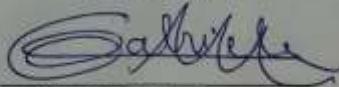
Dra. Eliane R. P. do Nascimento
Membro (titular)



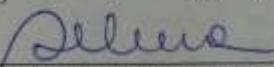
Dra. Ana M. M. de Magalhães
Membro (titular)



Dra. Francisca G. M. de Sousa
Membro (titular)



Dra. Gabriela M. M. Lanzoni
Membro (titular)



Dra. Selma Regina de Andrade
Membro (titular)

Dedico esta tese a minha família e aos profissionais de saúde que atuam no processo da doação e transplante de órgãos e tecidos.

AGRADECIMENTOS

Senhor meu Deus! Quantas maravilhas tens feito!
Não se pode relatar os planos que preparaste para nós!
Eu queria proclamá-los e anuncia-los, mas são por demais numerosos!
Salmos 40:5

Em primeiro lugar agradeço **a Deus**, pela fidelidade e pelo cuidado Dele comigo ao longo de todo esse processo de doutoramento. Por ter me encorajado e confortado nos momentos difíceis para que hoje pudesse está alcançando essa benção tão maravilhosa – o Doutoramento. Se não fosse por meio da permissão Dele nada disso seria possível;

Ao meu marido, **Paulo Henrique Magalhães**, por sempre estar me estimulando a crescer pessoal e profissionalmente. Por vivenciar cada desafio ao meu lado e por tornar os meus sonhos como os nossos sonhos. Obrigada amor por todas as atitudes, palavras de amor, de encorajamento, apoio e tranquilidade compartilhadas. Elas foram essenciais para que eu chegasse até aqui;

Aos meus pais, **Elza Lima e Pestana**, por nunca medirem esforços para que alcançasse os meus sonhos. Por estarem sempre ao meu lado, mesmo morando tão longe. Amo muito vocês e hoje se cheguei até aqui foi por que vocês investiram muito na minha vida e acima de tudo, me amaram e acreditaram em mim. Obrigada mamãe e papai!

Ao meu irmão, **Alan Sérgio**, pela amizade, palavras de incentivo e apoio, fundamentais nessa trajetória;

Aos meus irmãos, **Alysson Pestana, Brunna Luiza e Kissandra Cirlaine** pelas palavras de apoio e incentivo;

Aos **meus sobrinhos, sobrinhas e afilhadas**, pelo carinho;

À minha orientadora, **Prof^ª. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, pelo acolhimento, oportunidades, tranquilidade, estímulo, confiança ao longo de toda a minha trajetória na pós-graduação e por ser aquela que torce e almeja o melhor para os seus. Muito obrigada por acreditar em mim!

À minha madrinha de pesquisa, **Prof^ª. Dra. Francisca Georgina Macêdo de Sousa**, por sua incrível capacidade de partilhar seu saber e sua amizade em todos os momentos, seja na vida acadêmica ou na vida pessoal. Também agradeço pelo convite realizado lá em 2009 e que me fez conhecer o mundo;

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por me acolherem desde o mestrado e agora como doutoranda e permitirem o meu crescimento pessoal e profissional;

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo financiamento dos meus estudos, por meio da concessão de Bolsa de Doutorado no Brasil e do Doutorado Sanduíche no Exterior;

Aos professores e a equipe de funcionários da **Kent State University's College of Nursing**, em especial **Dras. Mary Anthony, Ratchneewan Ross** e suas respectivas famílias, pelo acolhimento, cuidado e atenção que tiveram comigo no período do Doutorado Sanduíche;

Aos professores da **Akron University's College of Nursing**, em especial **Dra. Carolyn J. Murrock, Tracy A. Riley e Ann-Marie Brown** pelo compartilhar de conhecimentos e experiência na pesquisa científica;

A minha *host family*, **Wayne e Karen Griffiths**, pela atenção, acolhimento, amizade e cuidado. Obrigada por me receberem de forma tão amável em sua casa e país e me oportunizarem a vivenciar a cultura americana;

Aos **professores do PEN/UFSC**, pelo conhecimento e experiência compartilhados no decorrer do doutorado;

Aos **professores Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr. Jorge Lorenzetti, Dra. Ana Maria Muller de Magalhães**, membros da Banca de Qualificação, pelas valiosas contribuições que me ajudaram a lapidar o caminho para alcançar os resultados;

Aos **Membros da Banca Examinadora**, meu sincero agradecimento por terem aceitado o convite em um tempo tão exíguo e disponibilizado do seu tempo para contribuir com este trabalho;

Aos **integrantes do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GPEADES)**, em especial Gabriela Marcelino, Lívia Drago, Patrícia Klock, José Luís, Cíntia Koerich, Monique Senna, Professora Dra. Selma Andrade e Professora Dra. Betina Meirelles pelos momentos de aprendizagem, troca e descontração;

À **turma do Doutorado Acadêmico 2012**, especialmente Micheline Koerich, Cecília Arruda pelos momentos de alegrias, tristezas e desabafos compartilhados ao longo dessa trajetória. Foi maravilhoso conviver com vocês!

À minha amiga-irmã-comadre **Mariely Fornari**, pelos momentos de descontração, pelas horas de estudo e por todos os momentos que vivemos juntas. Obrigada pela sua amizade!

Aos **funcionários do PEN/UFSC**, em especial a **Viviane Xavier, Monique Rocha e Claudia Garcia**, que no decorrer do doutorado se colocaram à disposição para me ajudar, com competência e dedicação;

Aos colegas **professores do Departamento de Enfermagem**, em especial aos da 3ª fase, pelo acolhimento, apoio e troca de saberes durante a minha jornada na docência.

Aos meus alunos da 3ª fase, que de modo tão especial me apoiaram na reta final do doutorado;

À **minha Igreja local, Igreja Nova Aliança**, em especial aos meus pastores Velma e Paulo Azevedo; Advaldo e Letícia Ferraz; aos supervisores Alex e Ândrea Fiorini; aos meus líderes André e Fernanda Pires, e pela minha célula pelo acolhimento, amizade, orações. Vocês são especiais!

Aos **enfermeiros e médicos participantes** que compartilharam suas experiências comigo contribuindo para a realização desta pesquisa;

E a todos aqueles que torceram por mim e, de algum modo, contribuíram para a realização desta pesquisa, meu **muito obrigada!**

A doação de órgãos é uma forma peculiar de testemunho da caridade. Numa época como a nossa, com frequência marcada por diversas formas de egoísmo, torna-se cada vez mais urgente compreender quanto é determinante para uma correta concepção da vida entrar na lógica da gratuidade. De fato, existe uma responsabilidade do amor e da caridade que compromete a fazer da própria vida uma doação aos outros, se quisermos verdadeiramente realizar-nos a nós próprios.

(Papa Bento XVI, 2008)

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. **Gerenciando o cuidado de enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos na perspectiva do pensamento lean**. 2015. 237p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

A doação e o transplante de órgãos são processos complexos que compreendem um conjunto de ações e procedimentos que conseguem transformar um potencial doador em um doador efetivo. A gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes requer do enfermeiro competências específicas na identificação dos pacientes que necessitam do transplante, no processo de notificação do potencial doador, captação e doação de órgãos, no implante do órgão e em todo o cuidado que exige a pessoa transplantada. Assim, objetivou-se construir um modelo teórico da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos a partir dos significados atribuídos pelos enfermeiros e médicos atuantes nesse contexto, articulando com o pensamento Lean. Trata-se de estudo qualitativo sustentado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o CAAE 31929414.2.0000.5361. O cenário dessa pesquisa foi a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu de julho de 2014 a outubro de 2015 utilizando a técnica de entrevista semiestruturada com 36 participantes, divididos em três grupos amostrais – nove enfermeiros da Central de Transplantes, 15 profissionais das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes e, no último grupo, 12 enfermeiros assistenciais de unidades de terapia intensiva e emergência, um médico gestor da central de transplante e um médico cirurgião da equipe captadora de órgão. A análise dos dados seguiu a codificação aberta, axial e seletiva conforme preconizado pela TFD, e foi utilizado o *software* NVIVO® para organização dos dados. Do processo de análise dos dados, obtiveram-se cinco categorias e 19 subcategorias. As categorias emergidas dos dados foram: Apresentando o contexto interdependente e complementar da gerência do cuidado no processo de doação e transplante; Mobilizando as ações da cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplante com foco no paciente em lista de espera; Temporalidade e suas diversas faces que

potencializam e fragilizam o processo de doação e transplante; Estratégias para a melhoria contínua do processo de doação e transplante; e Desenvolvendo a cultura de doação de órgãos nos aspectos éticos, organizacionais e legais para efetivação da doação. A organização e a relação das categorias e subcategorias permitiram o desenvolvimento do fenômeno “Gerenciando o cuidado no contexto interdependente e complementar do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos com o foco no paciente em lista de espera, orientado pela melhoria contínua e desenvolvimento da cultura da doação”. Acredita-se que uma das contribuições desta pesquisa foi compreender como a gerência do cuidado de enfermagem acontece no processo da doação e transplante de órgãos e o quanto é necessária para promover a agilidade e melhoria da qualidade da assistência, fundamentando a prática a partir dos preceitos técnicos, científicos e éticos, bem como da valorização das questões subjetivas que emergem deste contexto.

Palavras-chave: Gerência. Cuidados de enfermagem. Gestão da qualidade. Obtenção de órgãos e tecidos. Transplantes. Enfermagem. Pensamento Lean.

Palavras-chave: Gerência. Cuidados de enfermagem. Gestão da qualidade. Obtenção de órgãos e tecidos. Transplantes. Enfermagem. Pensamento Lean.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. **Managing nursing care in the donation and transplantation process of organs and tissues in the perspective of the lean thinking.** 2015. 237p. Thesis (Doctorate in Nursing) – Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ABSTRACT

Organ donation and transplantation are complex processes that involve a set of actions and procedures that can make a potential donor become an effective donor. Management of nursing care in the organ donation and transplantation process requires the nursing professional to have specific skills in the identification of patients in need of transplantation, in the process of notifying the potential donor, organ procurement and donation, during the organ implantation and throughout the care process required by the person affected by the transplantation. Thus, the objective was to build a theoretical model of management of nursing care in the organ donation and transplantation process from the meanings assigned by nurses and physicians acting in this context, through the articulation with the Lean thinking. This is a qualitative study underpinned by the Grounded Theory (GT), which was approved, under the CAAE 31929414.2.0000.5361. The research scenario was the Center for Notification, Procurement and Distribution of Organs and Tissues of Santa Catarina. Data collection occurred from July 2014 to October 2015 by means of the technique of semi-structured interview, and it included 36 participants, divided into three sample groups – nine nurses from the Transplantation Center, 15 professionals from Intra-hospital Commissions about Donation of Organs and Tissues for Transplantations and, in the last group, 12 assistant nurses from emergency and intensive care units, a managerial physician of the transplantation center and a surgeon from the team that worked to procure organs. Data analysis followed the open, axial and selective coding in line with the recommendations of GT, and the NVIVO® software was used for organizing data. Data analysis process gave rise to five categories and 19 subcategories. The categories that emerged from data were: Presenting the interdependent and complementary context of management of care in the donation and transplantation process; Mobilizing the actions of the flow string of management of care management in the donation and transplantation process with a focus on the patient on the waiting list; Temporality and its several faces that strengthen and weaken the donation and transplantation process;

Strategies for continuous improvement of the donation and transplantation process; and Developing the organ donation culture in ethical, organizational and legal aspects for executing the donation. The organization and the association of categories and subcategories have enabled the development of the phenomenon “Managing the care in the interdependent and complementary context of the donation and transplantation process of organs and tissues focusing on the patient on the waiting list, guided by continuous improvement and development of the donation culture”. It is believed that one of the contributions of this research was to understand the way in which the management of nursing care happens in the donation and transplantation process of organs and how much the promotion of quickness and improvement of health care quality is needed, thereby conducting the practice from technical, scientific and ethical precepts, as well as the valorization of subjective questions that emerge from this context.

Keywords: Management; Nursing care; Management of quality; Procurement of organs and tissues; Transplantation; Nursing; Lean thinking.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. **Gestionando el cuidado de enfermería en el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos en la perspectiva del pensamiento lean.** 2015. 237p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMEN

La donación y el trasplante de órganos son procesos complejos que comprenden un conjunto de acciones y procedimientos que logran transformar un potencial donador en un donador efectivo. La gerencia del cuidado de enfermería en el proceso de donación de órganos y trasplantes requiere del enfermero competencias específicas en la identificación de los pacientes que necesitan del trasplante, en el proceso de notificación del potencial donador, captación y donación de órganos, en el implante del órgano y en todo el cuidado que exige la persona trasplantada. Así, el objetivo fue construir un modelo teórico de la gerencia del cuidado de enfermería en el proceso de donación y trasplante de órganos a partir de los significados atribuidos por los enfermeros y médicos actuantes en ese contexto, articulando con el pensamiento Lean. Se trata de estudio cualitativo sustentado en la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD), lo cual fue aprobado bajo el CAAE 31929414.2.0000.5361. El escenario de esa investigación fue la Central de Notificación, Captación y Distribución de Órganos y Tejidos de Santa Catarina. La recolección de los datos ocurrió de julio de 2014 a octubre de 2015 utilizando la técnica de encuesta semiestructurada con 36 participantes, divididos en tres grupos muestrales – nueve enfermeros de la Central de Trasplantes, 15 profesionales de las Comisiones Intrahospitalarias de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes y, en el último grupo, 12 enfermeros asistenciales de unidades de cuidados intensivos y emergencia, un médico gestor de la central de trasplante y un médico cirujano del equipo captadora de órgano. El análisis de los datos ha seguido la codificación abierta, axial y selectiva conforme preconizado por la TFD, y fue utilizado el *software* NVIVO® para organización de los datos. Del proceso de análisis de los datos, se obtuvieron cinco categorías y 19 subcategorías. Las categorías emergidas de los datos fueron: Presentando el contexto interdependiente y complementar de la gerencia del cuidado en el proceso de donación y trasplante; Movilizando las acciones de la cadena de flujo de la gerencia del cuidado en el proceso de donación y trasplante con foco en el paciente en lista de espera; Temporalidad y sus diversas caras que potencializan y fragilizan el proceso de donación y trasplante;

Estrategias para la mejoría continua del proceso de donación y trasplante; y Desarrollando la cultura de donación de órganos en los aspectos éticos, organizacionales y legales para efectucción de la donación. La organización y la relación de las categorías y subcategorías permitirán el desarrollo del fenómeno “Gestionando el cuidado en el contexto interdependiente y complementar del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos con el foco en el paciente en lista de espera, orientado por la mejoría continua y desarrollo de la cultura de la donación”. Se cree que una de las contribuciones de esta investigación fue comprender como la gerencia del cuidado de enfermaría ocurre en el proceso de la donación y trasplante de órganos y lo cuanto es necesaria para promover la agilidad y mejoría de la calidad de la asistencia, fundamentando la práctica a partir de los preceptos técnicos, científicos y éticos, así como de la valoración de las cuestiones subjetivas que emergen de este contexto.

Palabras clave: Gerencia; Cuidados de enfermaría; Gestión de la calidad; Obtención de órganos y tejidos; Trasplantes; Enfermaría; Pensamiento Lean.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Organização dos serviços de transplantes de órgãos no Brasil.....	39
Figura 2 – Princípios Lean.....	48
Figura 3 – Representação esquemática da interação dos tópicos que sustentam o referencial teórico.....	49
Figura 4 – Sintaxe das palavras-chave de acordo com as bases de dados.....	55
Figura 5 – Fluxograma de desenvolvimento da pesquisa	57
Figura 6 – Características dos estudos selecionados para composição da pesquisa.....	58
Figura 7 – Síntese dos principais resultados.....	65
Figura 8 – Organograma da Secretaria do Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina – Gerência da SC Transplantes.....	88
Figura 9 – Representação dos municípios notificantes de potenciais doadores em Santa Catarina.....	89
Quadro 1 – Descrição dos grupos amostrais.....	91
Figura 10 – Representação da organização as transcrições no NVIVO®.....	96
Figura 11 - Representação da estrutura de árvores de nós, com dois nós abertos.....	97
Figura 12 – Representação de fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação dos dados.....	98
Quadro 2 – Apresentação das categorias e subcategorias relacionada ao respectivo componente do modelo paradigmático.....	99
Figura 13 – Memorando 2.....	101
Figura 14 – Memorando 3.....	102
Figura 15 – Memorando 11.....	103
Figura 16 – Memorando 27.....	104
Figura 17 – Diagrama 5: Dimensionando a gerência do cuidado do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.....	105
Figura 18 – Diagrama 8: Identificando os tempos vividos na gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.....	106
Figura 19 – Diagrama 10: Descrevendo a entrevista familiar.....	107
Figura 20 – Diagrama 17: Cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos e	108

tecidos.....

Figura 21 – Representação gráfica do modelo paradigmático....

117

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TRANSPLANTES NO BRASIL	33
2.1.1 Sistema Nacional de Transplantes	33
2.1.2 Grupos de Assessoramento Estratégico (GAE)	34
2.1.3 Câmaras Técnicas Nacionais (CTN)	34
2.1.4 Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO)	34
2.1.5 Centrais Estaduais de Transplante	35
2.1.6 Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)	36
2.1.7 Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)	38
2.2 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES NO BRASIL	39
2.3 GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE	41
2.4 PENSAMENTO LEAN OU GESTÃO ENXUTA	44
2.5 MANUSCRITO 1 - PENSAMENTO LEAN NA SAÚDE E ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	51
3 PERCURSO METODOLÓGICO	83
3.1 TIPO DE ESTUDO	83
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	87
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	90
3.4 COLETA DOS DADOS.....	92
3.5 ANÁLISE DE DADOS	94
3.6 CONSTRUINDO MEMORANDOS E DIAGRAMAS	100
3.7 VALIDAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO.....	108
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	109
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	111

4.1 MANUSCRITO 2: GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS	111
4.2 MANUSCRITO 3: ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA CONTÍNUA DA GERÊNCIA DO CUIDADO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS.....	149
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS.....	179
APÊNDICE A – Relatório das Atividades Do Doutorado Sanduíche.....	199
APÊNDICE B – Instrumento de Validação do Modelo Paradigmático	215
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista (1º Grupo Amostral)	221
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	223
ANEXO A - Ofício de Solicitação para coleta de dados à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	224
ANEXO B – Declaração de aceite para coleta de dados na SC Transplantes	227
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão	229
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina	235

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o processo de doação e transplante de órgãos tornou-se uma opção terapêutica segura e eficaz no tratamento de doenças que causam insuficiências e falências de órgãos ou tecidos, como insuficiência renal, cardíaca, hepática, sendo capaz de prolongar a vida de pacientes, melhorando a qualidade e perspectiva de vida das pessoas acometidas por tais doenças. Este processo constitui-se na retirada de órgãos viáveis de corpos humanos de doador vivo ou doador falecido que serão implantados no corpo de outra pessoa, o receptor, para substituir órgãos ineficientes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009; MATTIA et al., 2010).

A doação e o transplante de órgãos e tecidos são processos complexos que compreende um conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em um doador efetivo. Para isso são realizados a identificação e manutenção de um potencial doador, testes de constatação da morte encefálica, avaliação clínica do potencial doador, comunicação à família do diagnóstico e abordagem para a doação. A partir da autorização da família é realizado o processo de remoção e distribuição dos órgãos (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

O objetivo do transplante de órgãos é salvar vidas, quando está relacionado aos transplantes de fígado, pulmão, coração, medula óssea, intestino e pele, e de melhorar a qualidade de vida nos transplantes de rins, pâncreas, córneas, válvula cardíaca e ossos (GARCIA, 2011).

O Brasil possui atualmente um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, sendo que o Sistema Nacional de Transplantes está presente em todos os estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. No contexto internacional, destaca-se como o segundo país em número absoluto de transplantes renais (5.433), estando os Estados Unidos como primeiro (18.005). O país está em ascensão, o número de transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, pulmão, rim e pâncreas) cresceu nos últimos anos. Em 2004, foram realizados 4.976 transplantes, e em 2014, esse número aumentou para 7.898. O número de doadores de órgãos dobrou nos últimos oito anos, de seis para 13 por milhão de habitantes. A meta é chegar a 20 doadores por milhão de habitantes em 2018. Para isso será realizado o aprimoramento dos programas de doação de órgãos e do comprometimento dos profissionais de saúde na notificação de paciente com morte encefálica. Ressalta-se que três estados já atingiram essa

meta – Santa Catarina, Ceará e Distrito Federal (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2014).

Segundo dados do Registro Brasileiro de Transplantes, até setembro de 2015, o Brasil realizou 5.891 transplantes, sendo 1.021 de doador vivo e 4.870 de doador falecido. As regiões Sul e Sudeste concentram o maior número de transplantes. Na região Sul, o estado de Santa Catarina é líder nacional de doação de órgãos, com a melhor taxa de doadores efetivos de 30,3 por milhão de população (pmp) e de efetivação (41,0%) (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015).

Essa ampliação do número de transplantes no país se deve ao aperfeiçoamento dos processos de doação-transplante, das notificações de morte encefálica, do cuidado intensivo aos doadores, melhorias na logística e ao grande aporte financeiro do Sistema Nacional de Transplantes (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2013a). Porém, mesmo com o crescimento do número de doações e transplante realizados não tem sido suficiente para suprir a necessidade da fila de espera que está aumentando a cada ano. Até setembro de 2015, havia 31.762 pacientes ativos em lista de espera (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015).

O sucesso dos programas de transplantes no Brasil depende da organização e efetiva atuação das equipes participantes do processo de doação-transplante. Dessa forma, ações que contribuam para o aumento efetivo da notificação de potenciais doadores, a viabilização e o aproveitamento de órgãos e tecidos serão sempre necessários, a fim de tentar minimizar a mortalidade em lista de espera (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

Nesse cenário, a Enfermagem é essencial para garantir o sucesso do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, pois possui meios que possibilitam a congruência da ação organizacional, por meio de recursos administrativos, dos conhecimentos, habilidades e atitudes em gestão necessários para a promoção de um ambiente adequado à realização da doação e transplante (CINTRA; SANNA, 2005; MENDES et al., 2012).

O trabalho do enfermeiro é constituído por várias dimensões sendo elas o cuidar, gerenciar, ensinar, pesquisar e participar politicamente (SANNA, 2007). Historicamente cuidar e gerenciar podem ser consideradas as principais dimensões, porém configuram-se em processos pouco articulados. Existe um paradigma emergente, que se refere a gerência do cuidado de enfermagem em uma perspectiva que

articula a gerência e a assistência (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; CHAVES; CAMELO; LAUS, 2011).

O processo de cuidar refere-se ao cuidado direto, envolve uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente, requerendo desse profissional conhecimento científico e pessoal, intuição, empatia, pensamento crítico, criatividade, comunicação, valores, entre outros. No que se refere ao processo de administrar, o enfermeiro preocupa-se com a organização de recursos físicos (ambiente), materiais (insumos e equipamentos), recursos humanos necessários a prática do cuidado de enfermagem, à coordenação das ações de cuidado, a organização do trabalho da equipe de enfermagem e/ou saúde (CHRISTOVAM, 2009; CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). Complementando tal assertiva, Hausmann e Peduzzi (2009) afirmam que a dimensão assistencial ou do cuidado tem por finalidade o cuidado integral e a dimensão gerencial se propõe a criar condições adequadas de cuidado aos pacientes e de desempenho para os trabalhadores.

De acordo com Chaves; Camelo e Laus (2011, p.594) a gerência do cuidado

requer dos enfermeiros conhecimentos, habilidades e atitudes para a compreensão do processo saúde-doença em uma dimensão ampliada, que favoreça o cuidado resolutivo. Faz-se necessário a mobilização de competências para além do âmbito clínico que possibilite ao enfermeiro assumir o papel de gerenciar o cuidado.

Nesta perspectiva, a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes requer do enfermeiro competências específicas na identificação dos pacientes que necessitam do transplante, no processo de notificação do potencial doador, captação e doação de órgãos, no implante do órgão e em todo o cuidado que exige a pessoa transplantada (pós-operatório, manutenção do enxerto e imunossupressão). São momentos diferenciados, com diferentes equipes, equipamentos, medicamentos, estrutura física, logística, campanhas para doação e investimento da saúde pública para que tudo transcorra bem.

O processo de doação de órgãos e transplantes pode ser interpretado como um sistema de produção, sendo este definido como um conjunto de atividades ou operações inter-relacionadas envolvidas na produção de bens (no caso das indústrias) ou serviços (MOREIRA, 1996). Nos serviços de saúde são prestados e consumidos serviços. Mais especificamente na Enfermagem são oferecidos cuidados, visando o restabelecimento da saúde do ser humano e o atendimento de suas necessidades como “produto final” (ERDMANN, 1996). Neste estudo, define-se a doação e transplante de órgãos e tecidos, como um processo produtivo complexo que envolve múltiplas relações/interações entre os atores envolvidos, sejam eles médicos, enfermeiros, familiares, doadores e receptores, que necessita manter um fluxo contínuo de cuidado, sem desperdício de tempo e recursos, tanto material quanto humanos e que as ações de cuidado aconteçam no lugar certo e no momento certo com o intuito de garantir que o produto deste processo seja a proteção e perfusão dos órgãos especificamente, de modo a oferecer o melhor suporte fisiológico possível à potencializar o sucesso dos órgãos transplantados.

O *Lean thinking* ou *Lean management* (Pensamento enxuto ou Gestão enxuta, em português) pode acrescentar conhecimento aos processos de produção para torná-los modelos de negócio sustentáveis. Pode ser definido como uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação do desperdício nos processos produtivos, tendo como foco principal agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera como valor (GRABAN, 2011). É considerado um modelo de gestão que tem despontado como um referencial para o alcance da qualidade assistencial aliado à melhoria contínua dos processos em saúde. Em outras palavras, Lean é a maximização do valor para o cliente por meio de um processo eficiente e sem desperdícios.

Os conceitos do pensamento Lean podem ser empregados em qualquer setor produtivo, inclusive nos de produção de serviços, como os de saúde, visto que permite alcançar altos níveis de qualidade, baixos custos, eficiência e eficácia na prestação dos cuidados. As organizações usam princípios, práticas e ferramentas Lean para gerar valor aos seus clientes, ou seja, bens e serviços com uma qualidade melhor, com menos erros e desperdícios. O pensamento Lean leva a melhores resultados por meio de menos esforço, espaço, dinheiro e tempo (SELAU, 2009).

Internacionalmente, muitas organizações de saúde estão adotando o pensamento Lean como uma alavanca fundamental para oferecer melhores cuidados em vários países como é o caso dos sistemas de

saúde dos Estados Unidos - Thedacare (Wiscosin); Virgina Mason Medical Center (Seattle) e Martin Health System (Flórida); a Suécia - no Astrid Lindgren Children's Hospital; o Reino Unido - no Bolton Hospitals, e Austrália - no Flinders Medical Centre, dentre outros países (WOMACK et al., 2005; KING; BEN-TOVIM; BASSHAM, 2006; PETERSON; LEPPA, 2007; TOUSSAINT; GERARD, 2012; MAZZOCATO et al. 2012; TOUSSAINT; BERRY, 2013).

No Brasil, a temática Lean na saúde ainda é pouco explorada. Ao fazer uma busca no *Google Scholar*, em 2014, foram encontrados seis estudos, sendo dois artigos e quatro dissertações. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre aplicou os princípios do pensamento Lean em um procedimento cirúrgico da urologia, ressecção transuretral de próstata, realizado no centro cirúrgico, sendo possível identificar os desperdícios e sugerir melhorias nesse processo (SENFF et al., 2006). Os outros estudos exploram o contexto dos serviços de saúde de modo a analisar o potencial de contribuição dos princípios Lean para a melhoria no atendimento ao paciente em relação à qualidade e à eficiência em serviços de saúde (SILBERSTEIN, 2006); a aplicabilidade e benefícios da metodologia Lean na lavanderia hospitalar (CUNHA et al., 2011), nas atividades logísticas de transplantes de órgãos sólidos (MONTEIRO, 2011), no desperdício de materiais de consumo em centro cirúrgico (CASTRO, 2012). Por meio de uma revisão de literatura, o autor buscou identificar as áreas, ferramentas, métodos e as melhores práticas a serem empregadas na implementação dos conceitos Lean em ambientes hospitalares (BERTANI, 2012). Estudo teórico buscou apresentar um modelo teórico da organização do cuidado ao paciente em morte encefálica e o processo de doação de órgãos, sustentado pelas principais ideias do pensamento lean (PESTANA et al., 2013). Dessa forma, constata-se na realidade brasileira a incipiência de estudos com Lean na saúde e enfermagem.

Com relação ao interesse pela temática da doação e transplantes de órgãos e tecidos, este iniciou a partir da minha vivência no cuidado ao paciente em morte encefálica (ME), como aluna do Curso de Especialização na modalidade de Residência em Enfermagem e como enfermeira assistencial de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de urgência e emergência. A proposta desta pesquisa surgiu após a conclusão do mestrado, no qual busquei compreender o significado do cuidado ao paciente em ME para enfermeiros de UTI. A inquietação para elaborar a proposta do doutorado foi ainda fomentada após análise do artigo de Selau e colaboradores (2009) que apontaram lacunas na produção do conhecimento no que diz respeito ao

pensamento Lean associado ao processo de doação e transplante de órgãos. Aliado a isso, existe escassez nas pesquisas no Brasil que propõem novos modelos e métodos gerenciais em enfermagem, como foi evidenciado no estudo desenvolvido por Munari e colaboradores (2011). Esses fatos justificam a escolha do tema desta tese.

A partir dos benefícios e adoção do pensamento Lean na saúde em outros países e cenários de cuidado e considerando a necessidade de construção de novos modelos de gestão em enfermagem no Brasil, acredita-se ser possível o desenvolvimento de um modelo teórico sobre a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos na perspectiva do pensamento lean.

Nessa perspectiva, elaborou-se as seguintes **perguntas de pesquisa**: Como a gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos é vivenciada e significada pelos enfermeiros e demais profissionais atuantes nesse contexto no Estado de Santa Catarina? E que aproximações essas práticas têm com o pensamento Lean?

Para responder às questões norteadoras desta tese foi estabelecido o seguinte **objetivo**: construir um modelo teórico da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos a partir dos significados atribuídos pelos enfermeiros e demais profissionais atuantes nesse contexto sob a perspectiva do pensamento Lean.

Diante do exposto, busca-se sustentar a seguinte **tese**: a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos acontece por meio das relações desenvolvidas nesse contexto articulado, interdependente e complementar. O exercício dessa gerência do cuidado apoia-se na padronização do trabalho, melhoria contínua e no desenvolvimento da cultura de doação com foco na manutenção do potencial doador visando a qualidade do órgão para o atendimento das necessidades dos pacientes em lista de espera e suas famílias.

Esta é uma proposta de pesquisa que se dirige para a organização das práticas de cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos. Por meio dos significados será possível construir um modelo de gerência do cuidado de enfermagem que poderá subsidiar o planejamento e a organização para o processo de doação e transplante de órgãos. Portanto, é um projeto que se insere nas propostas de investigação do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Acredita-se que esse estudo contribuirá de forma significativa para as melhorias no processo de doação de órgãos e transplante, bem como poderá orientar o trabalho do enfermeiro na gerência do cuidado. Poderá ainda instrumentalizar os enfermeiros para uma intervenção e assistência mais ativa, efetiva e eficiente no que diz respeito ao cuidado ao paciente doador, receptor e familiares envolvidos nesse processo. Essa temática é de fundamental importância para os profissionais da saúde e para a gestão do cuidado, além de enriquecer a produção científica em enfermagem e na saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na busca de melhor compreender e sustentar a pergunta de pesquisa proposta nesta investigação optou-se por organizar o texto desta seção em tópicos: Organização dos serviços de transplantes no Brasil; O processo de doação de órgãos e transplantes no Brasil; Gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes; Pensamento Lean ou Gestão enxuta e Pensamento Lean na saúde. Para o último tópico foi realizada revisão integrativa da literatura, que resultou em artigo intitulado – Pensamento Lean na Saúde e Enfermagem: revisão integrativa da literatura.

2.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TRANSPLANTES NO BRASIL

O processo de doação de órgãos e transplantes no Brasil é organizado pelo Sistema Nacional de Transplantes, no âmbito nacional, pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dos estados (CNCDOs) e pelas Organizações de Procura de Órgãos (OPO) (BRASIL, 2009). A seguir descreve-se a atividade de cada serviço.

2.1.1 Sistema Nacional de Transplantes

Em 1997, por meio do Decreto nº 2.268 foi criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), para fazer a administração dos transplantes financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esse sistema é responsável pela normatização e regulamentação dos procedimentos relativos à captação, alocação e distribuição de órgãos. Tem ainda sob sua responsabilidade o controle, inclusive social, das atividades que são desenvolvidas no país nesta área, mediante a articulação com todos os integrantes do SNT, sejam órgãos estaduais, municipais ou prestadores de serviços. Também é sua atribuição credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, bem como autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxerto de tecidos, órgãos e partes do corpo (BRASIL, 1997).

O SNT é constituído pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes, pelas Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes, pelos

estabelecimentos hospitalares autorizados e pela rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

2.1.2 Grupos de Assessoramento Estratégico (GAE)

Foram criados, em agosto de 1998, para assistir a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) no exercício de suas funções. Tem por atribuição propor diretrizes para a política de transplantes e enxertos; propor temas de regulamentação complementar; identificar os índices de qualidade para o setor; analisar os relatórios com os dados sobre as atividades do SNT e dar parecer em situações especiais quando solicitados pela coordenação geral do SNT (BRASIL, 2009).

2.1.3 Câmaras Técnicas Nacionais (CTN)

As CTNs têm por finalidade assessorar a CGSNT nos procedimentos relativos à formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas relativas aos critérios de inclusão de pacientes candidatos a transplantes nas listas de espera, aos critérios de distribuição de órgãos, tecidos e células captados para transplantes e aos critérios de autorização, renovação e exclusão de autorização de estabelecimentos e equipes. No momento, existem 11 CTN, sendo referentes à Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo; Histocompatibilidade; Transplante de Coração; Transplante de Pulmão; Transplante de Fígado; Transplante de Pâncreas; Transplante de Rim; Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas; Transplante e Banco de tecidos oculares; Transplante e Banco Multitecidos (pele, tecidos cardiovasculares e tecidos musculoesqueléticos); e Ética e Pesquisa em Transplantes. Caso haja a incorporação de novas tecnologias poderão ser criadas câmaras técnicas nacionais relacionadas a outras modalidades terapêuticas (BRASIL, 2009).

2.1.4 Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO)

A CGSNT conta com a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), também conhecida como Central Nacional de Transplantes (CNT), para execução das atividades de coordenação de logística e distribuição de órgãos e tecidos no processo de doação e transplante, em âmbito nacional. Sua função é

articular com as Centrais de Notificação, Captação, Distribuição de Órgãos (CNCDO) estaduais e suas regionais, e com os demais integrantes do SNT; apoiar o gerenciamento da captação, oferecendo suporte técnico e intermediação necessários à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes do corpo humano nas situações em que as condições clínicas do doador, o tempo de isquemia fria e as condições de acessibilidade a permitam; gerenciar a alocação de órgãos e tecidos entre Estados, em conformidade com a lista nacional de potenciais receptores, procurando otimizar as condições técnicas de preservação, transporte e distribuição, considerando os critérios estabelecidos na legislação em vigor, de forma a garantir o melhor aproveitamento dos órgãos disponíveis e a equidade na sua destinação (BRASIL, 2009).

A CNT adota uma organização macrorregional para alocação de órgãos, descrita do seguinte modo: Região I- Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná; Região II - Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo; Região III - Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Distrito Federal, Tocantins, Amazonas, Pará, Acre, Roraima, Rondônia, Amapá e São Paulo e Região IV - Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí.

Ressalta-se que quando os tecidos e/ou órgãos captados não forem utilizados nos respectivos estados, será de responsabilidade da CNT prever os meios de transferências destes entre estados com vistas a contemplar as situações de urgência e/ou à CNCDO onde houver potenciais receptores inscritos em lista há mais tempo, de modo a evitar os desperdícios de órgãos captados. A CNT funciona 24h por dia no aeroporto de Brasília. Para apoiar, viabilizar e agilizar as ações da Central Nacional dentro dos prazos, em 2001, o Ministério da Saúde, celebrou Termo de Cooperação com 15 empresas aéreas reunidas no Sindicado Nacional das Empresas Aéreas. Esta cooperação vem garantindo o transporte gratuito de órgãos e, eventualmente, de equipes médicas de retirada de órgãos para transplante (BRASIL, 2009).

2.1.5 Centrais Estaduais de Transplante

O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde implantaram nos estados as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), também chamadas de Centrais Estaduais de Transplante. Para que elas possam funcionar é necessário que sejam credenciadas pela CGSNT (BRASIL, 2009).

De acordo com o Sistema Nacional de Transplantes existem 27 Centrais Estaduais de Transplante no Brasil e a elas competem as atividades relacionadas ao gerenciamento do cadastro de potenciais receptores, recebimento das notificações de mortes encefálicas, promoção da organização logística e distribuição dos órgãos e/ou tecidos removidos na sua área de atuação; determinar diretrizes nas diversas etapas do processo de doação de órgãos e tecidos, estabelecendo diretrizes de funcionamento, mapeando a necessidade de novas organizações de busca e participando ativamente da formação, capacitação, habilitação e educação permanente de seus profissionais (BRASIL, 2009; REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2013a).

A atuação da Central Estadual de Transplante junto aos estabelecimentos de saúde acontece por meio das Comissões Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs) e das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs), constituindo assim uma rede de regulação e apoio aos serviços de cuidados intensivos, emergências e administrativos.

2.1.6 Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)

Com o objetivo de apoiar as atividades das Centrais Estaduais de Transplante e aumentar a captação de órgãos, em 2000, foi estabelecida por meio da portaria nº 905 do Ministério da Saúde a obrigatoriedade da existência de Comissão Intrahospitalar de Transplante nos hospitais com UTI do tipo II ou III, hospitais de referência para urgência e emergência e hospitais transplantadores. No entanto, essa situação foi modificada no ano de 2005, pela portaria nº1752 do Ministério da Saúde, que determinou que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos deveriam constituir a Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Destaca-se que a partir da publicação dessa portaria, a Comissão Intrahospitalar de Transplante passou a ser denominada Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) (BRASIL, 2005).

No ano de 2009, por meio da portaria 2600, foram novamente modificadas as normas para a criação das CIHDOTT, passando a serem obrigatórias nos hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecendo a seguinte classificação:

I - CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico; II - CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e III - CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão. Para todos os demais hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos, a criação das CIHDOTTs será opcional, e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional (BRASIL, 2009).

A CIHDOTT deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição hospitalar, ser composta por no mínimo três membros integrantes do quadro funcional do hospital, dos quais um, deverá ser médico ou enfermeiro, e será designado como coordenador Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. No caso de CIHDOTTs do tipo III o coordenador deverá ser exclusivamente um médico. Nos hospitais com CIHDOTTs classificadas em II e III, o coordenador terá carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente para a referida comissão (BRASIL, 2009).

Essas comissões desenvolvem nos hospitais o processo de identificação de potenciais doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica ou coração parado; articula-se com os profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico de morte encefálica e manutenção dos potenciais doadores, visando otimizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; articula-se com a Central de Transplantes do Estado ou Distrito Federal, notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos; organiza as rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos; identifica os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos; busca garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação; arquiva adequadamente e envia à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº9.434, de 1997; mantém os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados; apresenta mensalmente os relatórios à

central de transplantes estadual ou regional; promove programas de educação continuada aos profissionais do estabelecimento de saúde para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos e disponibiliza os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital (BRASIL, 2009).

Essas equipes são cruciais para despertar e estabelecer a cultura de doação de órgãos dentro da comunidade hospitalar e auxiliar médicos neurologistas, neurocirurgiões e intensivistas no processo de doação. No Brasil existem 628 CIHDOTTs (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTE, 2014). Cabe destacar que o estado de Santa Catarina desempenha o trabalho de captação por meio das 45 CIHDOTTs, sendo seis em Florianópolis (Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Nereu Ramos, Hospital Baía Sul, Hospital Universitário, Hospital de Caridade e Hospital Governador Celso Ramos), duas em São José (Hospital Regional de São José e no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina) e as outras estão localizadas em cidades do interior do Estado (SC TRANSPLANTES, 2013).

2.1.7 Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)

O outro meio da Central Estadual de Transplante atuar junto aos estabelecimentos de saúde acontece por meio das OPO. A Portaria nº 2.601 de 21 de outubro de 2009 instituiu no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO), integrando um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do SNT, a melhoria do processo de doação/transplante, ao aumento do número de notificações de morte encefálica e efetivação de doadores e, conseqüentemente, do número de captações de órgãos e de transplantes realizados (BRASIL, 2009b).

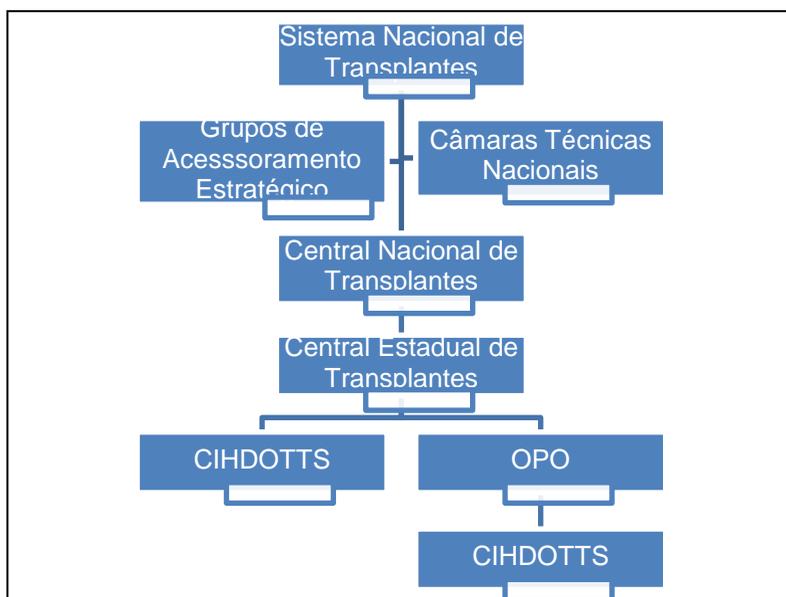
A OPO tem a função de coordenação supra hospitalar que visa organizar e apoiar as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos. Sua implantação em cada capital de Estado e nos principais aglomerados urbanos do Brasil, se dá numa razão aproximada de uma OPO para cada 2.000.000 de habitantes, considerando a distribuição geográfica da população e o perfil da rede assistencial existente. Elas ainda estão em processo de implantação no país. Cada unidade deverá ser formada por

uma equipe composta por um médico (coordenador), seis enfermeiros e dois técnicos administrativos (BRASIL, 2009b).

As OPOs devem se reportar à respectiva Central de Transplante e atuar em parceria com as CIHDOTT dos hospitais localizados na sua área de atuação, podendo exercer as competências da CIHDOTT do estabelecimento de saúde onde eventualmente estiverem sediadas. A Central de Transplante Estadual deverá pactuar formalmente os hospitais da área de atuação da OPO (BRASIL, 2009b). Atualmente, o Brasil tem 43 OPOs distribuídas nos estados do Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo, Bahia e Pernambuco (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2013).

A seguir, elaborou-se a figura 1 para ilustrar como os serviços de transplantes de órgãos estão organizados no Brasil:

Figura 1 – Organização dos serviços de transplantes de órgãos no Brasil. Florianópolis, 2015.



Fonte: elaborado pela autora.

2.2 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES NO BRASIL

O processo de doação de órgãos e transplante inicia com a identificação de um paciente em morte encefálica (ME) e finaliza com o

transplante. É definido com um conjunto de ações e procedimentos que transformam um potencial doador em um doador efetivo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2002).

A detecção da ME é composta por duas etapas: o diagnóstico clínico e a realização de exame gráfico complementar. Na suspeita da ME, o médico deve informar à família e realizar os exames comprobatórios. Em seguida, sendo confirmada a ME, a equipe intrahospitalar notifica o doador em potencial à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009; ALMEIDA, 2011). Ressalta-se que existem duas formas da Central atuar nos estabelecimentos de saúde: uma está pautada no modelo espanhol, que são as CIHDOTTs e a outra, no modelo americano, que são as OPOs, conforme descrito anteriormente.

Após a constatação da ME, é necessário que a família seja comunicada. Em seguida deve-se proceder com a avaliação clínica e laboratorial do paciente. Sendo descartadas as contraindicações clínicas que representam riscos aos receptores dos órgãos, pode-se dizer que o paciente é potencial doador de órgãos. A manutenção desse paciente é um processo complexo cujo objetivo é otimizar a perfusão tecidual para assegurar a viabilidade e a qualidade dos órgãos que serão transplantados. Nessa etapa, é recomendado o monitoramento cardíaco contínuo; da saturação de oxigênio; da pressão arterial; da pressão venosa central; do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido base; do débito urinário e da temperatura corporal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009; ALMEIDA, 2011).

Posteriormente, deve ser realizada a entrevista familiar por profissional capacitado para que se possa obter o consentimento da doação. Ocorrendo a recusa à doação, o processo é encerrado. Caso, a família seja favorável à doação, deverá assinar o termo de consentimento. Logo após, inicia-se um protocolo interno que contempla vários procedimentos técnicos e administrativos indispensáveis para a viabilização dos órgãos para transplante. A equipe responsável pelo processo notifica o doador à CNCDO que realiza a seleção dos receptores (CINQUE; BIANCHI, 2010; ALMEIDA, 2011).

Para a seleção dos receptores existe um sistema de lista única no qual os potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país são inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo. Ele é regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição deles aos potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico Único (CTU). Os

dados clínicos dos candidatos a receptor, inscritos no Sistema de Lista Única, constituem o CTU referente a cada tipo de órgão, tecido ou parte do corpo humano, sendo que um mesmo paciente não poderá integrar dois cadastros, ao mesmo tempo, em diferentes centrais estaduais de transplante. A responsabilidade da manutenção e atualização das informações sobre a situação clínica dos pacientes é da equipe especializada autorizada para a realização de transplantes. Para operacionalizar essa distribuição de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante pelas centrais estaduais e pela Central Nacional de Transplante é utilizado um Sistema Informatizado de Gerenciamento (SIG) (BRASIL, 2009).

No momento em que a OPO ou CIHDOTT informa a efetividade de um doador, a central estadual de transplante emite uma lista de receptores específica para cada tipo de órgão e desta lista, informa quem são os compatíveis com o doador. Caso não haja receptores compatíveis no estado, são procurados pacientes cadastrados em outras regiões brasileiras. Encontrando um receptor compatível, são indicadas as equipes transplantadoras responsáveis pela retirada e implante dos órgãos. Cabe salientar que a decisão da utilização do órgão doado é da equipe transplantadora. Em caso de aprovação, é realizado a captação e efetivado o transplante (PEREIRA; FERNANDES; SOLER, 2003; BRASIL, 2009).

A partir do entendimento da organização dos serviços de transplantes e do processo de doação de órgãos e transplante no Brasil, busca-se fundamentar esse referencial teórico com a gerência do cuidado de enfermagem.

2.3 GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTE

A gerência do cuidado de enfermagem é a articulação das dimensões assistencial e gerencial que compõem o trabalho do enfermeiro nos mais diversificados cenários de cuidado, buscando atender as necessidades de cuidados dos pacientes, necessidades da equipe de enfermagem e saúde e as necessidades da instituição. Na dimensão assistencial, o enfermeiro tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral. Na gerencial, o objeto de trabalho é a organização do trabalho e os instrumentos são os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência, como: dimensionamento de pessoal, planejamento, educação

permanente, supervisão, avaliação de desempenho, os quais são empregados com a finalidade de criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; FELLI; PEDUZZI, 2010; SANTOS et al., 2013).

Complementando tal definição, a gerência do cuidado de enfermagem é capaz de gerar ferramentas para que o enfermeiro possa organizar, planejar, coordenar, delegar ou prestar os cuidados, supervisionar, prever e prover recursos, capacitar a equipe, desenvolver medidas educativas com a família ou comunidade, interagir com outros profissionais, além de ocupar espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005). Acrescenta-se ainda que gerenciar o cuidado significa gerenciar o serviço de enfermagem, nas suas múltiplas dimensões ou nas suas políticas organizativas (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

De modo mais específico, a gerência do cuidado consiste em um processo amplo, que envolve ações de cuidado, ações administrativas, ações educativas e pesquisa, que convergem para o benefício do paciente. Em uma revisão integrativa foram elencadas as oito principais ações de gerência do cuidado realizadas pelos enfermeiros no seu cotidiano profissional: dimensionar a equipe de enfermagem; exercer liderança no ambiente de trabalho; planejar a assistência de enfermagem; educar/capacitar a equipe de enfermagem; gerenciar os recursos materiais; coordenar o processo de realização do cuidado; realizar o cuidado e/ou procedimentos mais complexos e avaliar o resultado das ações de enfermagem (SANTOS et al., 2013).

Como pode ser observado, o enfermeiro está presente em todas as etapas da realização do cuidado, orientando, controlando, supervisionando, garantindo os recursos necessários às intervenções, articulando, interligando e encaminhando as ações assistenciais realizados pelo conjunto dos profissionais de saúde e enfermagem nos serviços de saúde. Dessa forma, os enfermeiros têm a visão mais ampla do atendimento prestado aos pacientes, o que os torna responsáveis pela coordenação do cuidado, constituindo-se no elo de comunicação e viabilização das políticas de saúde e atenção aos interesses pessoais e coletivos (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

No contexto desta tese a gerência do cuidado se dará no processo de doação de órgãos e transplantes. Em relação à atuação do enfermeiro no programa de transplantes, pode-se destacar dois tipos de atuação de enfermagem: o enfermeiro clínico e o coordenador de transplante. O primeiro é responsável por promover os cuidados de

enfermagem a candidatos ao transplante e receptores, aos doadores de órgãos vivos e falecidos e seus familiares ou cuidadores. Ao enfermeiro coordenador de transplante cabe gerenciar o programa de transplante, coordenando as diversas etapas que compõem o período perioperatório a longo prazo, além de promover o cuidado a candidatos e receptores quando necessário (MENDES et al., 2012).

Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução 292/2004 preconiza ao enfermeiro responsável pelo processo de doação de órgãos as seguintes ações: o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador cadáver, ou seja, em ME, bem como, planejar e implementar ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Esse enfermeiro deve notificar a Central de transplante a existência do potencial doador; entrevistar o responsável legal do doador para solicitar, por escrito, o consentimento livre e esclarecido para autorização de doação de órgãos e tecidos para transplante; garantir ao responsável legal o direito de discutir com a família sobre a doação, prevalecendo o consenso familiar, bem como esclarecê-lo sobre o diagnóstico de ME e o processo de doação e transplante; aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de doação de órgãos e tecidos; documentar, registrar e arquivar o processo de doação-transplante no prontuário do doador, bem como do receptor; transcrever e enviar as informações sobre o processo de doação atualizada para Central de Transplante Estadual; receber e coordenar as equipes de retirada de órgãos, zelando pelo cumprimento da legislação vigente; executar e/ou supervisionar o acondicionamento do órgão até a cirurgia de implante, ou transporte para outra instituição; acompanhar e/ou supervisionar e entrega do corpo à família (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Quanto as ações do enfermeiro que otimizam a doação de órgãos e tecidos para transplantes são: desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com o processo de doação e transplante; promover medidas educativas quanto ao processo de doação e transplante de órgãos, junto à comunidade; participar e organizar programas de conscientização/sensibilização dos profissionais de saúde quanto à importância da doação e a obrigatoriedade de notificação de pessoas com diagnóstico de ME; aprimorar e capacitar os profissionais de enfermagem envolvidos com o processo de doação, por meio de cursos e estágios em instituições afins e favorecer a assistência interdisciplinar no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Ao enfermeiro responsável pelo cuidado de candidatos e receptores de transplantes incumbe aplicar a sistematização da assistência de enfermagem, em todas as fases do processo de transplante de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré e pós-transplante (ambulatorial) e transplante (intra-hospitalar). Além disso, é importante que o enfermeiro realize consulta de enfermagem periodicamente; integre o receptor e família no contexto hospitalar; realize visita domiciliar; encaminhe o receptor e cuidador para imunização profilática, de acordo com protocolo específico para cada tipo de transplante; oriente o receptor e o cuidador quanto aos trâmites legais do transplante, do Cadastro Técnico Único, tempo de permanência, riscos e benefícios do transplante; solicite ao receptor e responsável legal o consentimento expresso após orientação e leitura da autorização do transplante, informando quanto à excepcionalidade e os riscos do procedimento; prescreva os cuidados pré-operatórios; efetue registro de solicitação do profissional responsável pela avaliação do doador ou órgão, informando ao receptor ou responsável legal as condições do doador que possam aumentar os riscos do procedimento e/ou que possam diminuir a curva de sobrevivência do receptor; planeje, organize, coordene e execute a assistência de enfermagem durante o período de internação pós-transplante, estimulando o autocuidado; elabore plano de alta; colabore com a equipe multiprofissional no trabalho de reabilitação do receptor, proporcionando o seu retorno às suas atividades cotidianas e realize acompanhamento ambulatorial após alta hospitalar, de acordo com a necessidade do receptor (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

O grande desafio para o profissional que trabalha com captação de órgãos e tecidos é ter competência ética, para garantir a melhoria contínua desse processo, dando ênfase à comunicação adequada entre a equipe e os familiares (ROZA et al. 2010).

Destaca-se que a gerência do cuidado no processo de doação de órgãos e transplante visa atender não apenas as necessidades do usuário e seus familiares, mas também dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

2.4 PENSAMENTO LEAN OU GESTÃO ENXUTA

O termo *Lean thinking* ou *Lean management* (Mentalidade Enxuta ou Pensamento enxuto ou Pensamento Lean, em português) ou Gestão enxuta consiste na procura pela maximização do valor através da eliminação de desperdícios por meio da prática de melhorias contínuas.

Assim sendo, pode-se dizer que Lean é uma espécie de ferramenta cuja filosofia gerencial é inspirada nas práticas e resultados do Sistema Toyota de Produção que visa melhorar os processos. Essas práticas iniciaram na década de 1950, no Japão, mais especificamente na Toyota (JACOBS; CHASE, 2009; JOOSTEN; BONGERS JANSSEN, 2009; PINTO, 2009; WARING; BISHOP, 2010; JOINT COMMISSION RESOURCES, 2013).

A produção enxuta é um conjunto integrado de atividades desenhado para obter uma produção de alto volume usando um mínimo de estoques de matérias-primas, estoques em processo e produtos acabados. As peças chegam à próxima estação de trabalho “na hora certa (*just-in-time*)”, são completadas e passam rapidamente pela operação. Dessa forma, compreende-se que a produção enxuta é uma prática para melhorar a produção por meio de ciclos de planejamento, com habilidade dos gerentes para criar um ambiente propício para o sucesso da implementação (JACOBS; CHASE, 2009).

Simões (2009) afirma que no pensamento Lean existe uma maior preocupação com a qualidade. Este modelo dedica seu objetivo no cliente e no fazer melhor. Procura assegurar a criação e manutenção de processos de melhoria contínua que permitam garantir a satisfação do cliente.

O termo Lean foi criado por Krafcik durante uma discussão em que comparavam sistemas produtivos automotivos. Krafcik, engenheiro integrante do programa internacional de pesquisa sobre a indústria automobilística do *International Motor Vehicle Program* (IMVP), desenvolveu esse termo em um projeto de pesquisa do *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) que buscava entender as diferenças na produtividade entre diversos sistemas de produção de veículos. Ao listar as diferenças entre o sistema Toyota de produção e o sistema tradicional de produção em massa foi que surgiu o qualificativo lean, ou seja, enxuto para descrever o sistema da Toyota (WOMACK; JONES; ROOS, 1992).

Isso porque o sistema da Toyota requeria menos esforço humano para desenhar e produzir os produtos; necessitava de menos investimento por unidade de capacidade produtiva; utilizava menos fornecedores; tinha fluxos do produto ao seu lançamento, do pedido à entrega, do problema ao reparo mais rápidos; precisava de menos peças em estoque em cada etapa do processo produtivo; resultava numa produção com menos defeitos; causava menos acidentes de trabalho (WOMACK; JONES; ROOS, 1992). Como o novo sistema usava menos de tudo para criar mais valor foi chamado de Lean (enxuto).

Krafcik anuncia o triunfo do sistema de produção enxuta, ou seja, do sistema Toyota de produção sobre o sistema tradicional de produção em massa. Com os resultados do IMVP, Womack; Jones e Roos (1992) publicaram o livro “A Máquina que Mudou o Mundo” que popularizou o conceito ao buscar entendimento e sistematizar a lógica por trás das operações da Toyota.

Apesar do pensamento Lean ter sido desenvolvido na manufatura, a sua aplicação é muita mais ampla:

[...] o pensamento enxuto é uma estratégia de gestão que é aplicável a todas as organizações, porque tem a ver com a melhoria de processos. Todas as organizações – incluindo as organizações do setor saúde – são compostas de uma série de processos, ou conjunto de ações destinadas à criação de valor para aqueles que usam ou dependem deles (clientes/pacientes) (WOMACK et al., 2005, p.2).

O que permite a aplicabilidade universal de Lean é a consideração de qualquer organização como um conjunto de processos, ou seja, um conjunto de ações desenhadas e executadas corretamente em uma sequência e tempo certos para criar valor a um cliente (SILBERSTEIN, 2006; BUZZI; PLYTIUK, 2011).

De modo geral, o pensamento Lean pode ser definido como uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação de perdas nos processos produtivos, enquanto tem seu foco principal em agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera como valor (GRABAN, 2011). Em sua essência, é uma maneira de fazer mais com menos desperdícios (menos equipamento, menos esforço humano, menos tempo) e, ao mesmo tempo, de chegar sempre mais perto do objetivo de fornecer aos clientes o que eles realmente querem, quando o querem e na quantidade que precisam. Na perspectiva Lean, os clientes passam a ser o foco, e especificam o valor do produto final (JONES, 2004; WOMACK; JONES, 2005; JOINT COMMISSION RESOURCES, 2013).

O pensamento Lean procura desenvolver boas práticas de gestão que permitem a redução do desperdício e o aumento do valor por meio

de uma cultura de melhoria contínua. Requer uma nova forma de encarar a organização, incentivando todos os colaboradores a considerarem suas ações sob a perspectiva do cliente, de modo a garantir a sua satisfação (PINTO, 2009; SIMÕES, 2009).

As características centrais do pensamento Lean podem ser descritas da seguinte forma: a organização está baseada em equipes envolvendo pessoas flexíveis, com múltipla formação, elevada autonomia e responsabilidade nas suas áreas de trabalho; estruturas de resolução de problemas ao nível das áreas de trabalho, em sintonia com uma cultura de melhoria contínua; operações Lean que levam aos problemas revelarem-se e a serem posteriormente corrigidos; políticas de liderança de recursos humanos baseadas em valores, no comprometimento, as quais encorajam sentimentos de pertença, partilha e dignidade; relações de grande proximidade com fornecedores; equipes de desenvolvimento multifuncionais e grande proximidade com o cliente (PINTO, 2009).

Para a implementação bem sucedida do pensamento Lean devem ser seguidos cinco princípios (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2013):

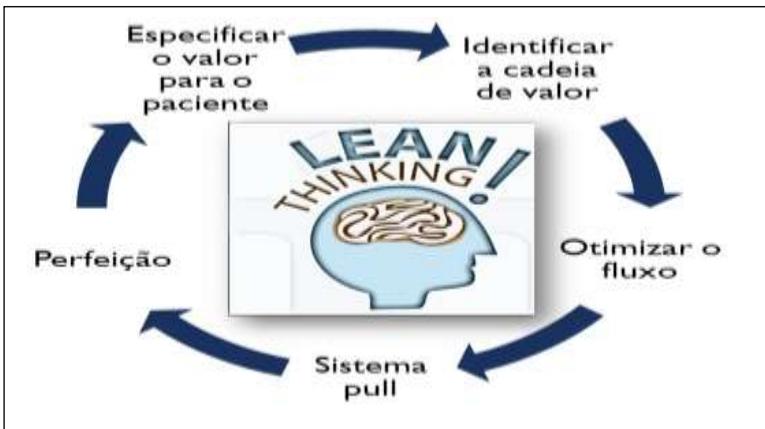
1. Especificar o valor para o cliente: perceber o que é valor para o cliente. O valor é entendido com maior clareza sempre que estabelecido para um determinado produto ou serviço que supre necessidades do cliente em um momento específico e por um preço especificado. Segundo Womack; Jones (2005) os elementos que geram valor para o cliente são: uma solução completa para o seu problema; não desperdiçar seu tempo; disponibilidade do bem ou serviço, conveniência tanto espacial como temporal e soluções integradas;
2. Identificar a cadeia de valor: A cadeia de valor é o conjunto de todas as ações específicas indispensáveis para a produção de algum bem ou serviço, desde sua criação à formatação final. Por meio dela é possível detectar qualquer desperdício no processo. As atividades na cadeia de valor ou agregam valor ou agregam desperdício na elaboração de um produto ou serviço, ou ainda não agregam valor, mas, ainda assim são necessárias. Os clientes estão dispostos a pagar por atividades que agregam valor e até mesmo por aquelas que não agregam valor, mas são inevitáveis para o processo de produção, como pode ser destacado a manutenção. Contudo, os clientes não estarão propensos a pagar pelo desperdício, ou seja, por aquelas

atividades que não agregam qualquer valor ao produto ou serviço;

3. Otimizar o fluxo: Uma vez eliminadas as atividades que não agregam valor será possível fazer com que o serviço ou o produto sejam trabalhados do começo ao fim do processo em um fluxo contínuo, isto é, percorrendo cada etapa do processo sem esperas ou interrupções, ou seja, sem desperdício;
4. Sistema pull ou puxar: Mapear a cadeia de valor e produzir o que os clientes demandam, dentro dos prazos por eles desejados e em um fluxo contínuo, permite aos clientes “puxar” o produto à medida de suas necessidades, em vez de ter o produto “empurrado” para eles dentro dos cronogramas dos produtores ou das organizações de assistência à saúde;
5. Perfeição: Esse princípio relaciona-se com o ato de aperfeiçoar o processo mediante uma avaliação ininterrupta e interminável, envolvendo os profissionais na melhoria contínua.

A seguir, elaborou-se a figura 2 para ilustrar os princípios Lean:

Figura 2 - Princípios Lean. Florianópolis, 2015.



Fonte: elaborado pela autora.

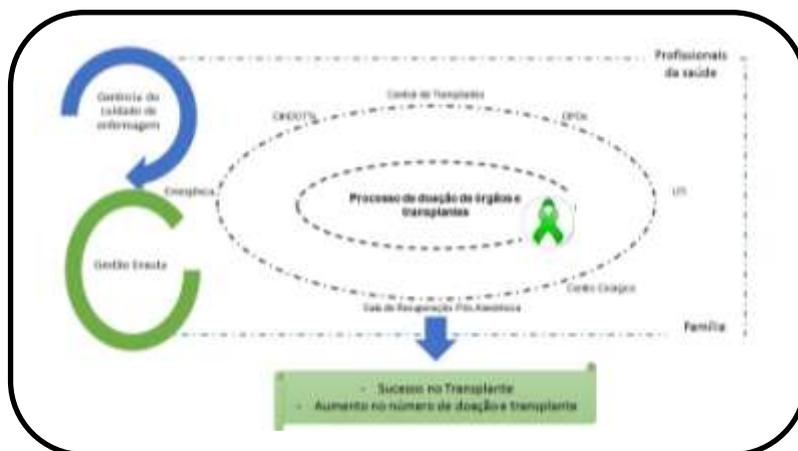
No entanto, foram encontradas algumas lacunas nesses princípios. A primeira era considerar apenas a cadeia de valor do cliente. Em uma organização existem várias cadeias de valores, uma para cada *stakeholder* (partes interessadas). Se a organização for um hospital, terão que ser consideradas as cadeias de valores dos profissionais de saúde, dos gestores, das seguradoras de saúde, além do cliente/paciente.

Uma outra limitação dos princípios é levar as organizações a entrarem em ciclos infundáveis de redução de desperdícios, ignorando a atividade de criar valor por meio da inovação de produtos, serviços e processos. Dessa forma, a Comunidade Lean Thinking, em 2008, fez a revisão dos cinco princípios e sugeriu a adoção de mais dois: conhecer o stakeholder e inovar sempre (PINTO, 2009).

Como apresentado, a gestão enxuta está baseada em princípios que orientam as operações de uma organização na busca de maior qualidade, aliada à maior eficiência, o que tem trazido extraordinários resultados em termos de excelência operacional e lucratividade nos diversos setores em que tem sido aplicada, seja na indústria de computadores, automobilística e siderúrgica (SELAU et al., 2009).

A figura 3 é uma representação esquemática da interação dos tópicos que sustentam o referencial teórico.

Figura 3 - Representação esquemática da interação dos tópicos que sustentam o referencial teórico. Florianópolis, 2015.



Fonte: elaborado pela autora.

2.5 MANUSCRITO 1 - PENSAMENTO LEAN NA SAÚDE E ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PENSAMENTO LEAN NA SAÚDE E ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹ LEAN THINKING ON HEALTH AND NURSING: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW PENSAMIENTO LEAN EN SALUD Y ENFERMERÍA: REVISIÓN INTEGRADORA

Resumo: Objetivo: evidenciar o conhecimento científico desenvolvido sobre pensamento Lean na área da saúde, destacando o impacto e as contribuições no cuidado em saúde e enfermagem. Método: trata-se de revisão integrativa da literatura a partir das bases de dados PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, Emerald, LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO, de 2006 a 2014, com sintaxe de palavras-chaves para cada base, sendo selecionados 47 artigos para análise. Resultados: as categorias foram elaboradas a partir da tríade de qualidade proposta por Donabedian: estrutura, processo e resultado. O pensamento Lean está em ascensão nas pesquisas em saúde, principalmente no âmbito internacional, com destaque para os Estados Unidos e Reino Unido. Melhora a estrutura, o processo e o resultado a partir das ações assistenciais e gerenciais. Porém, é uma temática incipiente na enfermagem. Conclusão: por meio desse estudo revelou-se que a utilização do pensamento Lean no contexto da saúde tem um efeito transformador nos aspectos assistenciais e organizacionais, promovendo vantagens em termos de qualidade, segurança e eficiência dos cuidados de saúde e enfermagem com foco no paciente.

Descritores: Gestão da qualidade; Gestão em saúde; Eficiência organizacional; Enfermagem; Sistemas de saúde.

Introdução

O termo *Lean thinking* (mentalidade enxuta ou pensamento enxuto ou pensamento Lean, em português) originou-se do Sistema Toyota de Produção. Foi usado pela primeira vez por Krafcik e popularizado por Womack e Jones, em 1992, com a publicação do livro “A Máquina que mudou o mundo” (PETERSON; LEPPA, 2007; PINTO, 2009).

¹ Artigo submetido a Revista Latino Americana de Enfermagem.

Apesar da origem do pensamento Lean no contexto industrial, seus princípios têm sido utilizados nos mais variados cenários, incluindo a saúde. Essa aplicabilidade universal do conceito Lean deve-se à similaridade dos processos de produção das organizações, as quais, independente da sua especificidade, buscam planejar e executar um conjunto de ações em uma sequência e tempo certos para criar valor a um cliente (SELAU et al., 2009; BUZZI; PLYTIUK, 2011).

A introdução do pensamento Lean na saúde, ou seja, Lean healthcare, ocorreu de maneira estruturada e sistemática em 2006. Nesse ano, a Lean Enterprise Academy (LEA), uma organização da Grã-Bretanha, sem fins lucrativos, voltada para o estudo e a difusão do pensamento Lean, organizou o primeiro congresso sobre a aplicação de princípios Lean em serviços de saúde (SILBERSTEIN, 2006).

Desde então, organizações de saúde estão adotando o pensamento Lean como uma estratégia para oferecer melhores cuidados em vários países. Entre os quais se destacam os Estados Unidos - Thedacare (Wisconsin); Virginia Mason Medical Center (Seattle) e Martin Health System (Flórida); a Suécia - no Astrid Lindgren Children's Hospital; o Reino Unido - no Bolton Hospitals, e Austrália - no Flinders Medical Centre (PETERSON; LEPPA, 2007; WOMACK et al., 2005; KING; BEM-TOVIM; BASSHAM, 2006; TOUSSAINT; GERARD, 2012; MAZZOCATO et al., 2010; TOUSSAINT; BERRY, 2013).

No Brasil, a temática Lean na saúde ainda é pouco explorada. Ao fazer uma busca no *Google Scholar*, em 2014, foram encontrados seis estudos, sendo dois artigos e quatro dissertações. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre aplicou os princípios do pensamento Lean em um procedimento cirúrgico da urologia, ressecção transuretral de próstata, realizado no centro cirúrgico, sendo possível identificar os desperdícios e sugerir melhorias nesse processo (SENFEE et al., 2006). Os outros estudos exploram o contexto dos serviços de saúde de modo a analisar o potencial de contribuição dos princípios Lean para a melhoria no atendimento ao paciente em relação à qualidade e à eficiência em serviços de saúde (SILBERSTEIN, 2006); a aplicabilidade e benefícios da metodologia Lean na lavanderia hospitalar (CUNHA et al., 2011), nas atividades logísticas de transplantes de órgãos sólidos (MONTEIRO, 2011), no desperdício de materiais de consumo em centro cirúrgico (CASTRO, 2012). Por meio de uma revisão de literatura, o autor buscou identificar as áreas, ferramentas, métodos e as melhores práticas a serem empregadas na implementação dos conceitos Lean em ambientes hospitalares (BERTANI, 2012). Estudo teórico buscou apresentar um modelo teórico da organização do cuidado ao

paciente em morte encefálica e o processo de doação de órgãos, sustentado pelas principais ideias do pensamento lean (PESTANA et al., 2013). Dessa forma, constata-se na realidade brasileira a incipiência de estudos com Lean na saúde e enfermagem.

O pensamento Lean consiste em uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação do desperdício nos processos produtivos, tendo como foco principal agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera como valor (GRABAN, 2011). Em outras palavras, Lean é a maximização do valor para o cliente por meio de um processo eficiente e sem desperdícios. Na saúde, isso significa fornecer serviços que respeitem e atendam às preferências e necessidades dos pacientes (TOUSSAINT; BERRY, 2013).

Outro princípio é a eliminação de atividades que não geram valor, juntamente com outros desperdícios (como longas esperas para atendimento, etapas realizadas em duplicidade, conselhos conflitantes em relação ao tratamento). Esses desperdícios não permitem que o paciente percorra o processo de cuidado e tratamento sem interrupções, desvios, retornos ou esperas. Dessa forma, com a eliminação dessas atividades aumenta-se a eficiência das ações e qualidade do atendimento simultaneamente (TOUSSAINT; BERRY, 2013).

No serviço de saúde, os aspectos que o paciente valoriza são um atendimento cada vez melhor, seguro, rápido, qualificado e resolutivo, de acordo com as suas necessidades e visando à recuperação total de sua saúde (PESTANA et al., 2013; HOLDEN, 2011). A melhoria do cuidado oferecido nos ambientes de assistência à saúde acontece desde os primórdios do atendimento médico-hospitalar com o intuito de aprimorar a efetividade das ações e oferecer uma assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). O pensamento Lean é um modelo de gestão que tem despontado como um referencial para o alcance dessa qualidade assistencial aliado a melhoria contínua dos processos em saúde.

Como já existem vários estudos na literatura internacional sobre o Lean na saúde, para contribuir com as produções científicas já existentes e inovar na abordagem desse tema, o presente estudo apresenta as contribuições desse modelo de gestão baseado na tríade do modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian (DONABEDIAN, 1969). Trata-se de um modelo amplamente difundido na área de avaliação da qualidade em saúde (FELDMAN; CUNHA; D'INNOCENZO, 2013) e diretamente relacionado com a busca da melhoria contínua da qualidade, assim como o pensamento Lean.

Os três domínios ou variáveis conceituais de avaliação desse modelo são: estrutura, processo e resultado. *Estrutura* relaciona-se às configurações físicas e organizacionais em que o cuidado acontece. Inclui atributos de recursos materiais (instalações, equipamentos e financeiro), de recursos humanos (quantidade e qualificação dos profissionais de saúde) e da estrutura organizacional (estrutura física, organização da equipe médica) (DONABEDIAN, 1969; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; MCGILLIS; DORAN, 2007; ROWAN et al., 2013). *Processo* corresponde ao conjunto de atividades que acontecem entre os profissionais e pacientes durante o cuidado. Envolve tanto o componente técnico do cuidado (procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas), quanto às relações interpessoais (DONABEDIAN, 1969; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; MCGILLIS; DORAN, 2007; ROWAN et al., 2013). *Resultado* refere-se aos efeitos dos cuidados no estado de saúde dos pacientes. Também engloba a satisfação do usuário e do trabalhador quanto ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1969; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006; MCGILLIS; DORAN, 2007; ROWAN et al., 2013).

A partir do panorama exposto, questiona-se: Quais são as evidências disponíveis na literatura científica em relação ao uso do pensamento Lean na área da saúde e enfermagem? Como as práticas Lean impactam as ações de cuidados dos profissionais de saúde em relação às dimensões estrutura, processo e resultado?

Neste sentido, objetivou-se evidenciar o conhecimento científico sobre o pensamento Lean na área da saúde, destacando o impacto e as contribuições para o cuidado em saúde e enfermagem.

Método

Para atender ao objetivo do estudo, adotou-se como método a revisão integrativa da literatura. Trata-se de um tipo mais amplo de revisão que inclui simultaneamente pesquisas experimentais e não experimentais, permitindo a síntese de múltiplos estudos publicados e o desenvolvimento de uma explicação abrangente acerca de um fenômeno específico. Permite sinalizar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com o desenvolvimento de novos estudos. As etapas dessa revisão foram: elaboração da questão de pesquisa; coleta de dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados; e, conclusões (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março de 2015, nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Publisher Medline* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus, Web of Science, Emerald e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Na figura 4, encontram-se a sintaxe das palavras-chave para a busca dos estudos primários. Foi necessário fazer essas combinações para garantir uma busca ampla e fidedigna. Optou-se por utilizar palavras-chave por não existir ainda descritores em saúde padronizados para a temática em voga.

Figura 4 - Sintaxe das palavras-chave de acordo com as bases de dados. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Bases de dados/ Biblioteca eletrônica	Sintaxe das palavras-chave
LILACS	lean AND (administração OR gestão OR organiza\$)
PubMed	(Lean AND ("healthcare" OR "health care")) AND ("organization" OR "administration" OR "organization and administration" OR "organizations" OR "management" OR "health management")
Cinahl	(lean AND ("healthcare" OR "health care")) AND ("organization" OR "administration" OR "organization and administration" OR "organizations" OR "management" OR "health management")
Scopus	(lean AND ("healthcare" OR "health care")) AND ("organization" OR "administration" OR "organization and administration" OR "organizations" OR "management" OR "health management")
Web of Science	(lean AND ("healthcare" OR "health care")) AND ("organization" OR "administration" OR "organization and administration" OR "organizations" OR "management" OR "health management")
Emerald	(Lean AND (healthcare OR health OR "health care") in All fields and (nurse or nursing in All fields)

SciELO	<i>lean AND (administra\$ OR gestão OR organiza\$ OR management OR "health management")</i>
--------	---

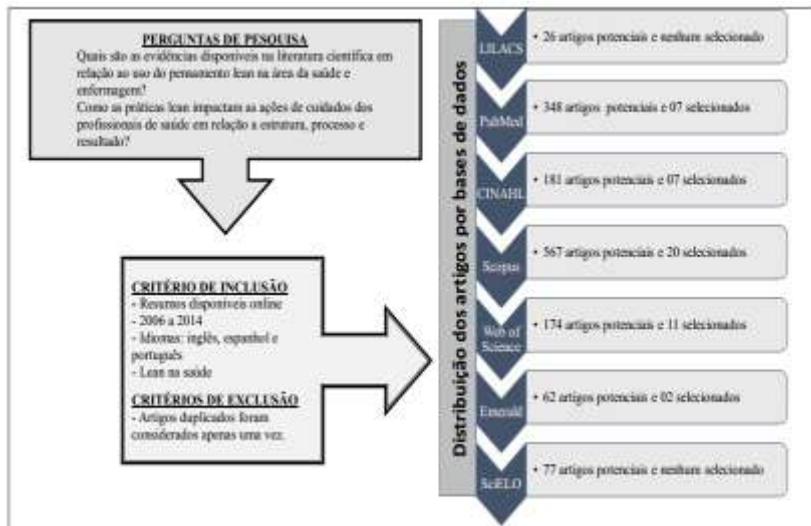
Fonte: elaborado pela autora.

A partir dessas sintaxes, obtiveram-se os seguintes resultados: 26 artigos na LILACS, 348 artigos na PubMed, 181 artigos na CINAHL, 567 artigos na Scopus, 174 artigos na Web of Science, 62 artigos na Emerald e 77 artigos na SciELO, totalizando 1.435 publicações.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos originais com resumos disponíveis on-line, publicados entre os anos de 2006 a 2014, nos idiomas: português, espanhol ou inglês, que focalizassem aspectos relacionados ao pensamento Lean na saúde, bem como suas contribuições para as ações de cuidados dos profissionais de saúde. A decisão por esse recorte temporal deve-se ao fato de que Lean na saúde começou a ter maior visibilidade a partir do ano de 2006 (SILBERSTEIN, 2006). Foram excluídos artigos localizados em mais de uma base de dados, os quais foram considerados somente uma vez.

Assim, a amostra final foi constituída por 47 artigos, sendo sete da PubMed, sete da CINAHL, 20 da Scopus, 11 da Web of Science, dois da Emerald, conforme descrito na Figura 5. Para a avaliação dos estudos, elaborou-se um instrumento para a coleta das informações visando responder à questão norteadora da revisão. Esse instrumento compreendeu os seguintes itens: identificação do estudo; objetivos, ano e periódico de publicação; delineamento do estudo; e, principais resultados e recomendações. Os artigos selecionados foram analisados e para facilitar a organização dos dados utilizou-se o software NVIVO® 10.

Figura 5 - Fluxograma de desenvolvimento da pesquisa. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.



Fonte: elaborado pela autora.

A categorização dos dados foi orientada pela tríade do modelo conceitual para avaliação de qualidade em saúde desenvolvido por Donabedian (DONABEDIAN, 1969). Consideram-se como fatores estruturais os aspectos relacionados com a estrutura física dos ambientes de cuidado, instrumentos normativos, técnicos e administrativos, recursos financeiros, capacitação e disponibilidade de recursos humanos e sistema de informação. No processo, abordou-se o que realmente foi feito no ambiente de cuidado, as modificações realizadas nos processos cuidados a partir da aplicação dos princípios Lean e as ferramentas Lean utilizadas para melhorar a prestação do cuidado. O domínio resultado indicou o sucesso, os benefícios e o impacto das práticas Lean na saúde, seja para o paciente ou para o profissional de saúde, bem como os desafios para a sua implementação.

Resultados

Do total de 47 artigos selecionados, quanto ao ano de publicação, identificou-se o crescimento no número das publicações ao longo dos anos. O ano de 2012 contabilizou o maior número com 11 artigos (23,4%).

Com relação ao idioma, todos os artigos incluídos foram publicados em inglês e em 37 periódicos diferentes, com destaque para

aqueles relacionados ao gerenciamento e à qualidade dos cuidados em saúde, como o *Journal of Health Organization and Management* com quatro artigos (8,5%); *BioMed Central health services research* com três artigos (6,4%); *Quality & Safety in Health Care*; *Canadian Journal of Emergency Medical Care*; *International Journal of Health Care Quality Assurance*; *Leadership in Health Services*; *Quality & Safety in Health Care*; *Quality Management in Health Care* sendo que cada periódico publicou dois artigos (5,9%) relacionados ao Pensamento Lean na saúde.

Quanto ao país de origem da publicação, 16 (34%) foram realizados nos Estados Unidos da América, sete (14,9%) no Reino Unido, cinco (10,6%) na Holanda, oito (17%) na Suécia e dois (4,3%) no Canadá. Austrália, Espanha, Itália, Luxemburgo, Malásia, Noruega, China totalizaram 14,9%, sendo um artigo em cada país. Dois estudos (4,3%) foram realizados em mais de um país. Não foram encontrados artigos provenientes da América do Sul.

No que tange aos cenários onde os estudos foram realizados, o ambiente hospitalar destacou-se com 44 artigos (93,6%). Os setores hospitalares mais explorados foram emergência, centros cirúrgicos e unidade de terapia intensiva. Os demais cenários estudados foram atenção primária com dois artigos (4,3%) e um artigo (2,1%) em ambos cenários, hospitalar e atenção primária.

Quanto ao tipo de estudo, todos os artigos incluídos na revisão foram oriundos de pesquisas originais, sendo 28 (59,6%) com abordagem quantitativa, 12 (25,5%) abordagem qualitativa e sete (14,9%) abordagem mista de pesquisa.

Outro aspecto analisado foi a profissão dos autores dos artigos. Nesse quesito, dos 47 artigos, 28 não especificaram a formação dos autores. Dos 19 que apresentaram essa informação, destaca-se que dez artigos tiveram participação de enfermeiro, sendo quatro com autoria exclusiva de enfermeiros.

A seguir, apresenta-se na figura 6 as características dos estudos selecionados quanto ao ano, país, título, periódico de publicação, cenário do estudo e tipo de estudo.

Figura 6 - Características dos estudos selecionados para composição da pesquisa. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Ano/ País	Título	Periódico	Cenário do estudo	Tipo de estudo
2007 Reino Unido	Health service improvement through diagnostic waiting list management	Leadership in Health Services	Hospitalar	Qualitativo
2009 Holanda	Improving the efficiency of a chemotherapy day unit: Applying a business approach to oncology	European Journal of Cancer	Hospitalar	Quantitativo
2009 Estados Unidos	Use of Lean in the emergency department: A Case Series of 4 Hospitals	Annals of Emergency Medicine	Hospitalar	Quantitativo
2009 Estados Unidos	Application of Lean manufacturing techniques in the emergency department	The Journal of Emergency Medicine	Hospitalar	Quantitativo
2010 Canadá	Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department	Canadian Journal of Emergency Medical Care	Hospitalar	Quantitativo
2010 Estados Unidos	Applying Lean Six Sigma Methodologies to Improve Efficiency, Timeliness of Care, and Quality of Care in an Internal Medicine Residency Clinic	Quality Management in health care	Hospitalar	Quantitativo
2010 Suécia	Decision support system and the adoption of Lean in	International Journal of Lean Six Sigma	Hospitalar	Quantitativo

	a Swedish emergency ward: Balancing supply and demand towards improved value stream			
2010 Reino Unido	Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance	Social Science & Medicine	Hospitalar	Qualitativo
2010 Estados Unidos	Blood wastage reduction using Lean Sigma methodology	Journal of Transfusion	Hospitalar	Quantitativo
2010 Holanda	Efficacy and efficiency of a Lean cataract pathway: a comparative study	Quality & Safety in Health Care	Hospitalar	Quantitativo
2010 Estados Unidos	Improving Insulin Distribution and Administration Safety Using Lean Six Sigma Methodologies	Hospital pharmacy	Hospitalar	Quantitativo
2010 Reino Unido	Lean implementation in primary care health visiting services in National Health Service UK	Quality & Safety in Health Care	Atenção primária	Quantitativo
2010 Holanda	Quality in Trauma Care: Improving the Discharge Procedure of Patients by Means of Lean Six Sigma	The Journal of trauma	Hospitalar	Quantitativo
2011 Reino Unido, Estados Unidos e Holanda	Exploring the relation between process design and efficiency in high volume cataract pathways from a Lean thinking perspective	International Journal for Quality in Health Care	Hospitalar	Método Misto
2011 Estados Unidos	Lean service operations: Reflections and new	Journal of Operations Management	Atenção primária	Quantitativo

	directions for capacity expansion in outpatient clinics			
2011 Reino Unido	Lean thinking: Can it improve the outcome of fracture neck of femur patients in a district general hospital?	International Journal of the Care of the Injured	Hospitalar	Quantitativo
2011 Canadá	Application of Lean principles to improve early cardiac care in the emergency department	Canadian Journal of Emergency Medical Care	Hospitalar	Quantitativo
2011 Reino Unido, Finlândia, Suécia, Austrália	Are we operating effectively? A Lean analysis of operating theatre changeovers	Annals of Operations Research	Hospitalar	Quantitativo
2011 Estados Unidos	Thinking Lean: Implementing DMAIC Methods to Improve Efficiency Within a Cystic Fibrosis Clinic	Journal for Healthcare Quality	Hospitalar	Quantitativo
2011 Estados Unidos	Use of Lean and Six Sigma Methodology to Improve Operating Room Efficiency in a High-Volume Tertiary-Care Academic Medical Center	Journal of the American College of Surgeons	Hospitalar	Quantitativo
2011 Estados Unidos	Lean analysis of a pediatric intensive care unit physician group rounding process to identify inefficiencies and opportunities for improvement	Pediatric critical care medicine	Hospitalar	Qualitativo
2011	Lean processes for	Langenbeck's	Hospitalar	Quantitativo

Luxemburgo	optimizing OR capacity utilization: prospective analysis before and after implementation of value stream mapping	archives of surgery		
2011 Noruega	The Lean method as a clinical pathway facilitator in patients with lung cancer	The Clinical Respiratory Journal	Hospitalar	Qualitativo
2012 Estados unidos	From Toyota to the Bedside Nurses Can Lead the Lean Way in Health Care Reform	Nursing administration quarterly	Hospitalar	Quantitativo
2012 Reino Unido	The Releasing Time to Care – the Productive Ward programme: participants perspectives	Journal of Nursing Management	Hospitalar	Qualitativo
2012 Reino Unido	Implementing large-scale quality improvement Lessons from The Productive Ward: Releasing Time to Care	International Journal of Health Care Quality Assurance	Hospitalar	Método Misto
2012 Holanda	Exploring improvements in patient logistics in Dutch hospitals with a survey	BioMed Central health services research	Hospitalar	Quantitativo
2012 Suécia	How does Lean work in emergency care? A case study of a Lean inspired intervention at the Astrid Lindgren Children’s hospital, Stockholm, Sweden	BioMed Central health services research	Hospitalar	Método Misto
2012 Suécia	Physician-led team triage based on lean principles may be	Scandinavian Journal of Trauma,	Hospitalar	Quantitativo

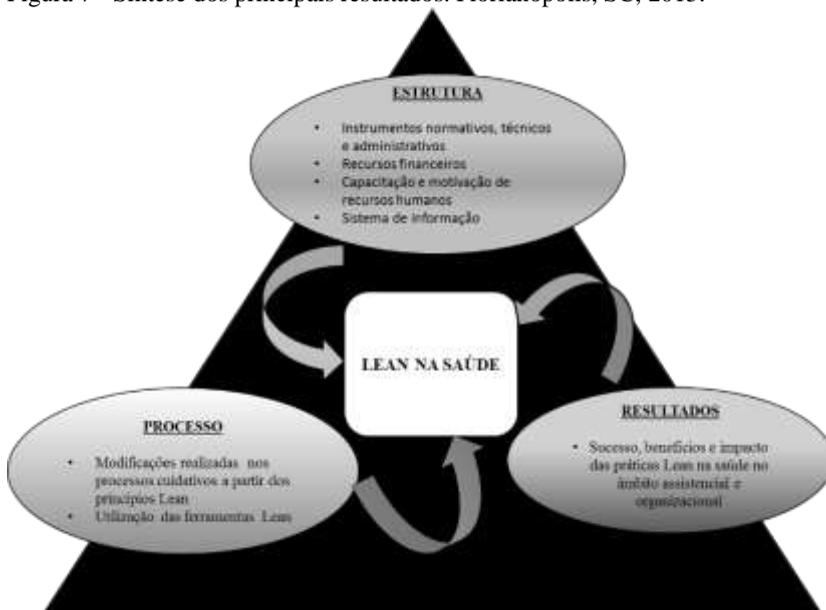
	superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models	Resuscitation and Emergency Medicine		
2012 Australía	On the day of surgery: how long does preventable disruption prolong the patient journey?	International Journal of Health Care Quality Assurance	Hospitalar	Quantitativo
2012 Itália	Risk management and cost reduction of cancer drugs using Lean Six Sigma tools	Leadership in Health Services	Hospitalar	Quantitativo
2012 Malásia	Evaluation of the clinical process in a critical care information system using the Lean method: a case study	BioMed Central medical informatics and decision making	Hospitalar	Qualitativo
2012 Espanha	Gestión Lean en logística de hospitales: estudio de un caso	Revista de Calidad Asistencial	Hospitalar	Quantitativo
2012 Estados Unidos	The impact of a lean rounding process in a pediatric intensive care unit	Critical care medicine	Hospitalar	Quantitativo
2013 Suécia	Antecedents and Characteristics of Lean Thinking Implementation in a Swedish Hospital: A Case Study	Quality Management in Health Care	Hospitalar	Qualitativo
2013 Holanda	Experiences of leaders in the implementation of Lean in a teaching hospital—barriers and facilitators in clinical practices: a	BMJ Open	Hospitalar	Qualitativo

	qualitative study			
2013 Estados unidos	Fall Prevention for Inpatient Oncology Using Lean and Rapid Improvement Event Techniques	Health environments research & design journal	Hospitalar	Qualitativo
2013 Estados Unidos	Reducing liver transplant length of stay: a Lean Six Sigma approach	Progress in Transplantation	Hospitalar	Método Misto
2014 Suécia	Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting – a multi-method study	BMC Health Services Research	Hospitalar	Método Misto
2014 Estados Unidos	Advancing Extubation Time for Cardiac Surgery Patients Using Lean Work Design	Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia	Hospitalar	Quantitativo
2014 Estados Unidos	An exploration of management practices in hospitals	Healthcare	Hospitalar	Quantitativo
2014 Estados Unidos	Applying industrial process improvement techniques to increase efficiency in a surgical practice	Surgery	Hospitalar	Quantitativo
2014 Suécia	Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services	Journal of Health Organization and Management	Hospitalar	Método Misto
2014 Suécia	Does Lean implementation interact with group functioning	Journal of Health Organization and Management	Hospitalar	Método Misto
2014 Reino Unido	Implementing lean methods in the Emergency Department: The role of professions and professional	Journal of Health Organization and Management	Hospitalar	Qualitativo

	status			
2014 China	Improving Efficiency and Patient Satisfaction in a Peripherally Inserted Central Catheter Center Using Lean-Based Methodology	Journal of the Association for Vascular Access	Hospitalar	Qualitativo
2014 Suécia	Lean in healthcare from employees' perspectives	Journal of Health Organization and Management	Hospitalar e atenção primária	Qualitativo

A Figura 7 sintetiza os principais resultados dos estudos selecionados, conforme a tríade da qualidade de Donabedian.

Figura 7 - Síntese dos principais resultados. Florianópolis, SC, 2015.



Fonte: elaborado pela autora.

Discussão

A utilização do pensamento Lean está em ascensão entre as pesquisas na área da saúde no contexto mundial e perpassa múltiplos cenários de cuidado. Nesse sentido, observa-se que os artigos foram

publicados em diferentes periódicos o que permite identificar uma heterogeneidade na publicação da temática, mas uma homogeneidade na distribuição da quantidade de artigos publicados entre eles.

A maioria dos estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos, o que pode estar associado ao pioneirismo deste país na implantação dos conceitos Lean na saúde (WOMACK et al., 2005; SPAGNOL; MIN; NEWBOLD, 2013).

Quanto ao cenário de realização dos estudos, predominou o ambiente hospitalar, em suas diversas unidades. Isso demonstra a aplicabilidade do Lean a uma multiplicidade de cenários de assistência hospitalar. Resultado semelhante está descrito em uma revisão de literatura prévia sobre a implementação do pensamento Lean na área da saúde (MAZZOCATO et al., 2010).

Também se observou a participação incipiente dos enfermeiros como autores nesta temática. Esse resultado pode estar associado à origem do pensamento Lean na área da administração e engenharia (SELAU et al., 2009).

No que diz respeito ao conteúdo dos artigos, os resultados serão discutidos de acordo com as categorias da tríade da avaliação de qualidade em saúde.

Estrutura

Em relação a estrutura física dos locais onde são realizados os cuidados, os estudos desenvolvidos em unidade de quimioterapia (LENTA; GOEDBLOED; HARTEN, 2009), unidade de cardiologia (ULHASSAN et al., 2013), farmácia hospitalar (YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010), emergência (PIGGOTT et al., 2011; MAZZOCATTO et al., 2012; UHLASSAN et al., 2014), unidade de terapia intensiva (GUSTCHE et al., 2014), e centro cirúrgico (MEREDITH et al., 2011; CIMA et al., 2011), evidenciaram que ao modificar o *layout* desses ambientes utilizando a abordagem Lean, facilitou a comunicação entre a equipe multiprofissional, houve aumento da eficiência e agilização na prestação do cuidado ao paciente.

Quanto aos instrumentos normativos, técnicos e administrativos, o pensamento Lean orienta que deve existir a padronização e simplificação dos processos cuidadosos, de modo a reduzir a burocracia para facilitar a assistência à saúde. Essas mudanças inspiradas em Lean proporcionam a redução da ambiguidade no trabalho, maior fluxo contínuo no cuidado e permitem que as pessoas da equipe sejam mais autônomas na execução de suas atividades e na resolução de problemas (YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010; GROVE et al.,

2010; MAZZOCATTO et al., 2012; BURSTROM et al., 2012; AL-HAKIM; GONG, 2012; CHIARINI, 2012; McCONNELL et al., 2014; REZNICK et al., 2014).

Em estudo desenvolvido em um centro cirúrgico (CIMA et al., 2011), a descrição padronizada dos procedimentos específicos dos cirurgões permitiu que a equipe de saúde estimasse a duração de cada procedimento. Isso possibilitou o planejamento do uso das salas cirúrgicas de cada especialidade, ajudando a gerenciar a necessidade de abertura e fechamento das salas dentro de cada especialidade. Outro benefício da padronização dos procedimentos foi a possibilidade de programar mapas cirúrgicos mais precisos, evitando o desperdício com mapas incompletos ou mal distribuídos.

Em outro estudo (MEREDITH et al., 2011) que analisou cirurgias ortopédicas eletivas em cinco hospitais internacionais, identificou-se a falta de padronização nos processos. Os resultados evidenciaram que a padronização dos processos na cirurgia ortopédica pode melhorar a produtividade devido à redução da variação existente na prática, bem como ter repercussão na economia de tempo na cirurgia, redução do tempo de espera do paciente pelo procedimento cirúrgico, controle da infecção, redução dos custos devido a utilização das salas de cirurgias de forma mais eficaz.

Destaca-se ainda que a utilização do Pensamento Lean proporciona melhorias econômicas e impactos positivos nas receitas financeiras das organizações de saúde, seja por aumentar a capacidade dos atendimentos aos pacientes (LENTA; GOEDBLOED; HARTEN, 2009; SMITH; WOOD; BEAUVAIS, 2011; LENT; SANDERS; HARTEN, 2012; REZNICK et al., 2014) ou por permitir a redução dos custos financeiros, devido à remoção de capital imobilizado nos almoxarifados das instituições de saúde (YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010; CHIARINI, 2012).

Outro atributo integrante do componente estrutura são os recursos humanos. Ao utilizar Lean para otimizar a capacidade da sala de cirurgia em um hospital em Luxemburgo foi possível aumentar o número de cirurgias anuais sem qualquer aumento no quantitativo de pessoal. Porém, para isso houve capacitação e motivação da equipe do hospital, o que repercutiu na eliminação de tempos de espera desnecessários e estressantes antes das cirurgias e aceleração da taxa de transferência dos pacientes do centro cirúrgico para outras unidades (SCWARZ et al., 2011).

A metodologia Lean está ancorada na valorização e respeito as pessoas, capacitação profissional e instruções no ambiente de trabalho,

possibilitando o aprimoramento dos profissionais envolvidos no processo de cuidado e otimizando a qualidade do atendimento e a segurança do paciente (TOUSSAINT; GERARD, 2012; MAZZOCATO et al., 2010).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos revelou que o profissional ideal para liderar uma transformação Lean em um hospital é o enfermeiro, pois ele tem experiência na liderança de equipes multidisciplinares e tem o compromisso com o atendimento ao paciente, de modo a ver os sistemas hospitalares na perspectiva do paciente (JOHNSON; SMITH; MASTRO et al., 2012). No entanto, os autores ressaltaram que o ensino de enfermagem precisa ser repensado, devendo ser incluídos nos currículos conceitos, ferramentas e as habilidades necessárias para adaptar Lean para o ambiente de atendimento ao paciente. Desenvolvimento organizacional, Princípios Lean, melhoria da qualidade, gestão de estoque, processo de consultoria, gestão da cadeia de valor, análise de filas, difusão da inovação, ciência da complexidade, e negociação são algumas disciplinas que deverão ser agregadas aos currículos de enfermagem para preparar novos enfermeiros para o trabalho Lean nas instituições de saúde. Além disso, em estudo realizado na Austrália, foi identificado que os princípios da metodologia Lean têm possibilitado aos enfermeiros maior satisfação e controle sobre seu trabalho (O'NEIL et al., 2011).

Os sistemas de informação, também reconhecido como um componente da estrutura, congrega um conjunto de dados, informações e conhecimento para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (MARI, 2010).

Estudo realizado em um serviço de apoio diagnóstico e clínico hospitalar no Reino Unido (LODGE; BAMFORD, 2007) utilizou princípios Lean para fazer a gestão do sistema da lista de espera de pacientes que aguardavam diagnóstico. Os benefícios identificados por meio do estudo foram a redução dos tempos de espera do diagnóstico de 26 para 13 semanas, possibilitando um diagnóstico mais rápido e o início do tratamento precocemente. Além disso, o estudo possibilitou o aumento do controle e o melhor acesso as informações dos pacientes, permitindo saber quem necessitava de atendimento prioritário ou quem estava cadastrado na lista de espera por mais tempo. Aliado a isso, os gerentes conseguiram administrar eficazmente a capacidade de atender a demanda, porque eles passaram a entender o "perfil" de espera dos

pacientes. Deste modo, houve melhora no desempenho e na qualidade do serviço oferecido aos pacientes.

Estudo desenvolvido em uma emergência na Suécia (SETIJONO; NARAGHI; RAVIPATI, 2010) utilizou um sistema computacional de apoio à decisão combinado com Lean como uma ferramenta para ajudar na tomada das melhores decisões. Por meio da simulação, esse sistema estimava e avaliava o efeito potencial de mudanças, imitando o comportamento de um sistema de saúde. O estudo evidenciou que a quantidade de médicos clínicos e cirurgiões estavam em desequilíbrio entre a oferta de atendimento e a demanda dos pacientes atendidos na emergência, o que gerava tempo de espera excessivo por parte dos pacientes.

Além de permitir a comparação entre o estado atual e futuro em um determinado ambiente de cuidado, a combinação da simulação com o pensamento Lean, pode agilizar o fluxo de atendimento, reduzir a lista de espera dos pacientes e auxiliar na seleção de recursos ideais para o processo de gestão de serviços em hospitais, eliminando ou minimizando o uso da abordagem de tentativa e erro (SHARMA et al., 2007).

Processo

Para que o processo de cuidar tenha sucesso é necessário que haja compromisso, envolvimento e apoio contínuo das lideranças aos profissionais que atuam na “linha de frente” das instituições de saúde (LODGE; BAMFORD, 2007; ULHASSAN et al., 2013; AIJ et al., 2013; ULHASSAN et al., 2014; MAZZOCATO et al., 2014; TIMMONS; COFFEY; VEZYRIDIS, 2014) bem como considerar relevantes as ideias propostas por esses trabalhadores (DICKSON et al., 2009). Em estudo desenvolvido em uma unidade de emergência, os gestores permitiram que os profissionais da “linha de frente” identificassem os problemas no fluxo de atendimento dos pacientes naquele setor e chegassem as suas próprias soluções (DICKSON et al., 2009). Esse posicionamento por parte dos gestores melhorou o cuidado oferecido ao paciente e fez com que a equipe estivesse mais capacitada para criar e instituir novas ideias para a solução dos problemas ali identificados, ao invés de ter que executar ideias que eram instituídas de cima para baixo pelos gestores.

O pensamento Lean tem como pressuposto de que são os enfermeiros e os demais profissionais que atuam na “linha de frente” dos serviços de saúde quem têm mais condições de decidir o que os pacientes necessitam para terem suas necessidades atendidas, considerando as boas práticas clínicas (TOUSSAINT; GERARD, 2012; O’NEIL et al., 2011).

Estudo realizado no Reino Unido em um hospital especializado em atendimentos cardiotorácicos destacou a importância das habilidades gerenciais tais como diálogo aberto; capacidade de inspirar pessoas a abordar problemas antigos de novas maneiras; manutenção do entusiasmo dos trabalhadores e o desenvolvimento de ações para facilitar e valorizar a comunicação entre os profissionais como estratégias essenciais para facilitar a implementação do Lean nos serviços de saúde (DAVIS; ADAMS, 2012).

A aplicação dos princípios Lean no processo de cuidar melhora o atendimento aos pacientes. Em estudo desenvolvido na emergência de um hospital no Canadá com pacientes com síndrome coronariana aguda foi possível por meio do Lean reduzir o tempo de interpretação médica do eletrocardiograma (ECG), da avaliação médica e da administração do ácido acetilsalicílico (PIGGOTT et al., 2011).

Para o alcance dessas metas foram necessárias algumas transformações no processo de atendimento a esses pacientes. Foi criada uma sala específica de ECG ao lado da triagem na emergência; o enfermeiro da triagem passou a ser o primeiro contato do paciente na emergência, ao invés do secretário; houve realocação de materiais e equipamentos para diminuir o movimento da enfermeira e do paciente no momento do atendimento; definição do procedimento para a interpretação imediata do ECG pelo médico; readequação das ferramentas de estratificação de risco para uso das enfermeiras da triagem e esclarecimento dos critérios para ativação do mapa/fluxograma de cuidado ao paciente com síndrome coronariana aguda. A aplicação dos princípios Lean melhorou significativamente a realização de diagnóstico precoce e as metas terapêuticas de atendimento cardíaco de emergência neste serviço de emergência.

Além de melhorar o cuidado oferecido aos pacientes, o pensamento Lean é um método que busca entender os processos, a fim de identificar e analisar os problemas e os desperdícios existentes (HEITMILLER, et al., 2010; VATS; GOIN; FORTENBERRY, 2011; LENT; SANDERS; HARTEN, 2012; MAZZOCATO et al., 2012; BURSTROM et al., 2012; YUSOF; KHODAMBASHI; MOKHTAR, 2012; VATS et al., 2012; GUTSCHE et al., 2014); organiza os processos de modo mais eficazes e/ou eficientes (VATS et al., 2011; AESEBØ; STRØM; POSTMYR, 2012, VATS et al., 2012); melhora a detecção de erros nos processos, fornecendo informações para a solução desses problemas de modo a evitar danos à saúde (YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010; AL-HAKIM; GONG, 2012; CHIARINI, 2012); e gerencia a mudança e a

resolução de problemas com uma abordagem científica (VATS et al., 2011; MAZZOCATO et al., 2012; ESCOBAR; VEGA, 2013).

O Lean utiliza várias ferramentas para melhorar os processos de cuidado, dentre as quais foram destacadas nos artigos: mapeamento do fluxo de valor (LODGE; BAMFORD, 2007; DICKSON et al., 2009; DICKSON et al., 2009; NG et al., 2010, SETIJONO; NARAGHI; RAVIPATI, 2010; GROVE et al., 2010; NIEMEIJER et al., 2010; YOUSRI et al., 2011; PIGGOTT et al., 2011; SMITH; WOOD; BEAUVAIS, 2011; VATS; GOIN; FORTENBERRY, 2011; SCHWARZ et al., 2011; JOHNSON; SMITH; MASTRO, 2012; MAZZOCATO et al., 2012; AL-HAKIM; GONG, 2012; CHIARINI, 2012; YUSOF; KHODAMBASHI; MOKHTAR, 2012; VATS et al., 2012; ULHASSAN et al., 2013; ULHASSAN et al., 2014; GUTSCHE et al., 2014; ZHU; LU; DAI, 2014); Mapeamento de processo (CIMA et al., 2011; REZNICK et al., 2014); Kaizen (DICKSON et al., 2009; DICKSON et al., 2009; NG et al., 2010; JOHNSON; SMITH; MASTRO et al., 2012; ZHU; LU; DAI, 2014); Padronização do trabalho (HEITMILLER et al., 2010; VATS; GOIN; FORTENBERRY, 2011; SCHWARZ et al., 2011; JOHNSON; SMITH; MASTRO, 2012; MAZZOCATO et al., 2012; VATS et al., 2012; REZNICK et al., 2014; MAZZOCATO et al., 2014; ZHU; LU; DAI, 2014); Abordagem em equipe para a resolução de problemas (DICKSON et al., 2009); Eventos de melhoria rápida (DICKSON et al., 2009; LAGANGA, 2011; WOLF et al., 2013); Sistema Pull (YOUSRI et al., 2011; SCHWARZ et al., 2011); 5S (JOHNSON; SMITH; MASTRO, 2012; ULHASSAN et al., 2014; DROTZ; POKSINSKA, 2014); A3 (YUSOF; KHODAMBASHI; MOKHTAR, 2012) e Kanban (ESCOBAR; VEGA, 2013). Essas ferramentas possibilitam a identificação de desperdícios e integram as etapas do processo de forma mais eficiente e padronizada.

Resultados

Todos os artigos analisados relataram o sucesso e benefícios nos resultados ao utilizarem os princípios Lean na saúde, tanto nos aspectos assistenciais quanto nos organizacionais. Os principais efeitos encontrados foram: aumento da produtividade e eficiência da equipe (LENTA; GOEDBLOED; HARTEN, 2009; SETIJONO; NARAGHI; RAVIPATI, 2010; WARING; BISHOP, 2010; YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010; LAGANGA, 2011; MEREDITH et al., 2011; SMITH; WOOD; BEAUVAIS, 2011; CIMA et al., 2011; SCHWARZ et al., 2011; AESEBØ; STRØM; POSTMYR, 2012; DAVIS; ADAMS, 2012; MORROW et al., 2012; LENT; SANDERS; HARTEN, 2012; AL-

HAKIM; GONG, 2012; ESCOBAR; VEGA, 2013; VATS et al., 2012); redução no tempo de espera do paciente para o atendimento (LODGE; BAMFORD, 2007; NG et al., 2010; FISCHMAN, 2010; WARING; BISHOP, 2010; VLIET et al., 2011; LACANGA, 2011; PIGGOTT et al., 2011; MEREDITH et al., 2011; CIMA et al., 2011; VATS et al., 2011; SCHWARZ et al., 2011; AESEBØ; STRØM; POSTMYR, 2012; DAVIS; ADAMS, 2012; JOHNSON; SMITH; MASTRO, 2012; AL-HAKIM; GONG, 2012; CHIARI, 2012; TOLEDO et al., 2013; GUTSCHE et al., 2014; REZNICK et al., 2014); menor variabilidade das práticas de cuidado (WARING; BISHOP, 2010; YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010; VLIET et al., 2011; MEREDITH et al., 2011; VATS; GOIN; FORTENBERRY, 2011; MAZZOCATO et al., 2012; YUSOF; KHODAMBASHI; MOKHTAR, 2012); diminuição dos custos (DICKSON et al., 2009; HEITMILLER et al., 2010; YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010; GROVE et al., 2010; VLIET et al., 2011; CHIARINI, 2012); melhoria no envolvimento e trabalho em equipe (MEREDITH et al., 2011; CIMA et al., 2011; SCHWARZ et al., 2011; MORROW et al., 2012; MAZZOCATO et al., 2012; YUSOF; KHODAMBASHI; MOKHTAR, 2012; ULHASSAN et al., 2013; AIJ et al., 2013; ULHASSAN et al., 2014; TIMMONS; COFFEY; VEZYRIDIS, 2014); redução no tempo de internação do paciente (DICKSON et al., 2009; NG et al., 2010; BURSTROM et al., 2012; TOLEDO et al., 2013) aumento da qualidade no serviço prestado (LENTA; GOEDBLOED; HARTEN, 2009; DICKSON et al., 2009; NIEMEIJER et al., 2010); aumento da satisfação do paciente (DICKSON et al., 2009; NG et al., 2010; MORROW et al., 2012; VATS et al., 2012); aumento na utilização de leitos hospitalares (LENTA; GOEDBLOED; HARTEN, 2009; DICKSON et al., 2009; YOUSRI et al., 2011); aumento do acesso ao atendimento (LENTA; GOEDBLOED; HARTEN, 2009; DICKSON et al., 2009; VLIET et al., 2010; REZNICK et al., 2014); aumento da segurança do paciente e dos profissionais de saúde (YAMAMOTO; ABRAHAM; MALATESTINIC, 2010; CHIARINI et al., 2012; WOLF et al., 2013); redução dos erros no atendimento (AL-HAKIM; GONG, 2012; CHIARINI, 2012); satisfação dos funcionários (ESCOBAR; VEGA, 2013; VATS et al., 2012); redução na mortalidade (YOUSRI et al., 2011; BURSTROM et al., 2012); redução nas horas extras dos funcionários (LENTA; GOEDBLOED; HARTEN, 2009; VATS et al., 2012); alta hospitalar precoce (YOUSRI et al., 2011; BURSTROM et al., 2012); redução no tempo de intubação do paciente (GUTSCHE et al., 2014). De modo geral a aplicação do Lean na saúde beneficia os gestores, profissionais de saúde, mas especialmente os

pacientes. Dados semelhantes sobre os impactos positivos do Lean na saúde foram encontrados em outros estudos (BUZZI; PLYTIUK, 2011; SPAGNOL; MIN; NEWBOLD, 2013).

No entanto, para que o Lean melhore as métricas do atendimento e satisfação do paciente, dos profissionais de saúde e gestores dos hospitais, ou seja, dos *stakeholders* envolvidos, dependerá do grau de comprometimento da equipe com os princípios Lean e da cultura organizacional (DICKSON et al., 2009; AIJ et al., 2013). É fundamental que exista um ambiente de aprendizagem contínua para facilitar a implementação dos princípios Lean. Os desafios na implementação do sistema Lean são: manter o apoio dos profissionais de saúde e das lideranças dos hospitais, disponibilidade de tempo, recursos e a falta de formação de lideranças/gestores com visão em Lean (NG et al., 2010; WATING; BISHOP, 2010; VLIET et al., 2010; CIMA et al., 2011; JOHNSON et al., 2012). Barreiras semelhantes na implementação do Lean foram encontradas em estudo desenvolvido na Escócia (ANTONY; KUMAR, 2012) e em uma revisão narrativa (DICKSON et al., 2009). Para confrontar alguns desses desafios sugere-se mostrar os resultados de outros lugares que implementaram Lean, especialmente aqueles que afetam diretamente a satisfação dos funcionários, como rotatividade de pessoal ou carga de trabalho.

Conclusão

Este estudo possibilitou evidenciar que o pensamento Lean na saúde é um modelo de gestão que melhora a estrutura, o processo e o resultado, a partir das ações assistenciais e gerenciais. Os princípios do pensamento Lean estão difundidos nos mais diversos contextos da saúde, como emergência, oncologia, farmácia, unidade de terapia intensiva, radiologia, ortopedia, saúde mental, ambulatórios, serviços de cardiologia.

Os principais impactos advindos da aplicação no pensamento Lean na saúde são: aumento da produtividade e eficiência da equipe; redução no tempo de espera do paciente pelo atendimento; padronização dos processos assistenciais; redução dos custos; melhoria do trabalho em equipe; redução no tempo de internação do paciente; aumento da qualidade no serviço prestado; aumento da satisfação do paciente; aumento da segurança do paciente e dos profissionais de saúde; e, satisfação dos funcionários.

Como a maioria das publicações concentra-se no contexto internacional, principalmente nos Estados Unidos e no Reino Unido, pontua-se a necessidade de novos estudos sobre a aplicabilidade do pensamento Lean nos ambientes de cuidado brasileiros. Também vale

destacar a importância de novas investigações de enfermagem que focalizam especificamente a participação da profissão nesse contexto. A participação de enfermeiros na produção científica relacionada a essa temática ainda é incipiente, mesmo ele sendo considerado um profissional capaz de liderar uma transformação Lean.

REFERÊNCIAS

AASEBØ, U.; STRØM, H.H.; POSTMYR, M. The Lean method as a clinical pathway facilitator in patients with lung cancer. **Clin Respir J.**; v.6, n.3, p.169-74, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Anvisa: DF, 2013.

AIJ, K.H. et al. Experiences of leaders in the implementation of Lean in a teaching hospital - barriers and facilitators in clinical practices: a qualitative study. **BMJ Open.**; v.3, n.10, p.1-8, 2013.

AL-HAKIM, L.; GONG, X.Y. On the day of surgery: how long does preventable disruption prolong the patient journey? **Int J Health Care Qual Assur.**; v.25, n.4, p.322-42, 2012.

ANTONY, J.; KUMAR, M. Lean and Six Sigma methodologies in NHS Scotland: and empirical study and directions for future research. **Quality Innovation Prosperity**; v.16, n.2; p.19-34, 2012.

BERTANI, T.M. **Lean healthcare: recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares** [dissertação]. São Paulo: Escola de Engenharia de São Carlos, Departamento de Engenharia de Produção, 2012.

BURSTRÖM, L. et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med.**; v.20, p.57, 2012.

BUZZI, D.; PLYTIUK, C.F. Pensamento enxuto e sistemas de saúde: um estudo da aplicabilidade de conceitos e ferramentas lean em contexto hospitalar. **Revista Qualidade Emergente**, n.2, v.2, p.18-38, 2011.

CASTRO, L.C. **O custo do desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

CHIARINI, A. Risk management and cost reduction of cancer drugs using Lean Six Sigma tools. **Leadersh Health Serv (Bradf Engl)**; v.25, n.4, p.318-30, 2012

CIMA, R.R. et al. Use of Lean and Six Sigma Methodology to Improve Operating Room Efficiency in a High-Volume Tertiary-Care Academic Medical Center. **J Am Coll Surg**; v.213, n.1, p.83-92, 2011.

CUNHA, A.M.C.A.; CAMPOS, C.E.; RIFARACHI; H.H.C. Aplicabilidade da metodologia Lean em uma lavanderia hospitalar. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.5, p.311-8, 2011.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**; v.59, n.1, p.84-8, 2006.

DAVIS, J.; ADAMS, J. The 'Releasing Time to Care – the Productive Ward programme': participants' perspectives. **J Nurs Manag.**; v.20, n.3, p.354-60, 2012.

DICKSON, E.W. et al. Application of Lean manufacturing techniques in the emergency department. **J Emerg Med.**, v.37, n.2, p.177-82, 2009.

DICKSON, E.W. et al. Use of Lean in the emergency department: a case series of 4 hospitals. **Ann Emerg Med**, v.54, n.5, p.504-10, 2009.

DONABEDIAN, A. Part II-Some issues in evaluating the quality of nursing care. **Am J Public Health Nations Health.**, v.59, n.10, p.1833-6, 1969.

DROTZ, E.; POKSINSKA, B. Lean in healthcare from employees' perspectives. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.177-95, 2014.

ESCOBAR, V.G.A.; VEGA, P.G. Gestión lean en logística de hospitales: estudio de un caso. **Rev. Calid Asist.**; v.28, n.1, p.42-9, 2013.

FELDMAN, L.B.; CUNHA, I.C.K.O; D'INNOCENZO, M. Validation of the process criteria for assessment of a hospital nursing service. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v.21, n.4, p.841-50, 2013.

FISCHMAN, D. Applying Lean six sigma methodologies to improve efficiency, timeliness of care, and quality of care in an internal medicine residency clinic. **Qual Manag Health Care.**, v.19, n.3, p.201-10, 2010.

GRABAN, M. **Lean Hospitals: Improving Quality, Patient safety, and Employee satisfaction.** New York: Taylor & Francis Group, 2011. 252p.

GROVE, A.L. Lean implementation in primary care health visiting services in National Health Service UK. **Qual Saf Health Care.**, v.19, n.5, p.1-5, 2010.

GUTSCHE, J.T. et al. Advancing extubation time for cardiac surgery patients using lean work design. **J Cardiothorac Vasc Anesth.**; v.28, n.6, p.1490-6, 2014.

HEITMILLER, E.S. et al. Blood wastage reduction using Lean Sigma methodology. **Transfusion.**, v.50, n.9, p.1887-96, 2010.

HOLDEN, R.J. Lean Thinking in Emergency Departments: a Critical Review. **Annals of Emergency Medicine**, v.57, n.3, p.265-78, 2011.

JOHNSON, J.E.; SMITH, A.L.; MASTRO, K.A. From Toyota to the bedside: nurses can lead the lean way in health care reform. **Nurs Adm Q.**, v.36, n.3, p.234-42, 2012.

KING D.L.; BEN-TOVIM, DI; BASSHAM, J. Redesigning emergency department patient flows: application of lean thinking to health care. **Emerg Med Australas.**, v.18, n.4, p.391-7, 2006.

LAGANGA, L.R. Lean service operations: Reflections and new directions for capacity expansion in outpatient clinics. **J Oper Manag.**, v.29, n.5, p.422-33, 2011.

LENT, W.A.M.V.; SANDERS, E.M.; HARTEN, W.H.V. Exploring improvements in patient logistics in Dutch hospitals with a survey. **BMC Health Services Research**; v.12, p.232, 2012.

LENTA, W.A.M.V; GOEDBLOED, N.; HARTEN, W.H.V. Improving the efficiency of a chemotherapy day unit: applying a business approach to oncology. **Eur. J. Cancer**; v.45, n.5, p.800-6, 2009.

LODGE, A.; BAMFORD, D. Health service improvement through diagnostic waiting list management. **Leadersh Health Serv (Bradf Engl)**, v.20, n.4, p.254-65, 2007.

MARI, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of health informatics.**; v.1, n.2, p.20-4, 2010.

MAZZOCATO P. et al. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. **Qual Saf Health Care.**, v.19, n.5, p.376-82, 2010.

MAZZOCATO, P. et al. Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.266-88, 2014.

MAZZOCATO, P. et al. How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. **BMC Health Services Research.**; v.12, p.28, 2012.

MCCONNELL, K.J. et al. An exploration of management practices in hospitals. **Healthcare.**; v.2, n.2, p.121-9, 2014.

MCGILLIS, H.L.; DORAN, D. Nurses' perceptions of hospital work environments. **J Nurs Manag.**, v.15, n.3, p.264-73, 2007.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n4, p.758-64, 2008.

MEREDITH, J.O. et al. Are we operating effectively? A lean analysis of operating theatre changeovers. **Oper Manag Res.**, v., n.3-4, p.89-98, 2011.

MONTEIRO, V.L. **Aplicação de técnicas do lean thinking às atividades logísticas dos transplantes de órgãos sólidos** [dissertação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, 2011.

MORROW, E. et al. Implementing large-scale quality improvement: lessons from The Productive Ward: Releasing Time to Care. **Int J Health Care Qual Assur.**; v.25, n.4, p.237-53, 2012.

NG, D. et al. Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. **CJEM.**, v.12, n.1, p.50-7, 2010.

NIEMEIJER, G.C. et al. Quality in Trauma Care: Improving the Discharge Procedure of Patients by Means of Lean Six Sigma. **J Trauma**; v.69, n.3, p.614-19, 2010.

O'NEILL S. et al. Nursing Works: The Application of Lean Thinking to Nursing Processes. **J Nurs Adm**; v.41, n.12, p.546-52, 2011.

PESTANA, A.L. Lean thinking and brain-dead patient assistance in the organ donation process. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.258-64, 2013.

PETERSON, D.N.; LEPPA, C. Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System. **J Nurs Adm.**, v.37, n.6, p.287-94, 2007.

PIGGOTT, Z. et al. Application of Lean principles to improve early cardiac care in the emergency department. **CJEM.**, v.13, n.5, p.325-32, 2011.

PINTO, J.P. **Pensamento Lean:** A filosofia das organizações vencedoras. Lisboa: Lidel, 2009.

REZNICK, D. et al. Applying industrial process improvement techniques to increase efficiency in a surgical practice. **Surgery.**; v.156, n.4, p.752-8, 2014.

ROWAN, M.S. et al. Cultural Competence and Cultural Safety in Canadian Schools of Nursing: A Mixed Methods Study. **Int J Nurs Educ Scholarsh.**, v.10, n. 1, p.1-10, 2013.

SCHWARZ, P. et al. Lean processes for optimizing OR capacity utilization: prospective analysis before and after implementation of

value stream mapping (VSM). **Langenbecks Arch Surg.**; v.396, n.7, p.1047-53, 2011.

SELAU, L.P.R. et al. Produção enxuta no setor de serviços: caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. **Rev Gestão Indust.**, v.5, n.1, p.122-40, 2009.

SETIJONO, D.; NARAGHI, A.M.; RAVIPATI, U.P. Decision support system and the adoption of lean in a swedish emergency ward: balancing supply and demand towards improved value stream. **International Journal of Lean Six Sigma**, v.1, n.3, p.234-48, 2010.

SHARMA, V. et al. Simulation application for resource allocation in facility management processes in hospitals. **Facilities**; v.25, n.13, p.493-506, 2007.

SILBERSTEIN, A.C.L. **Um estudo de casos sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no brasil** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SMITH, C.; WOOD, S.; BEAUVAIS, B. Thinking Lean: Implementing DMAIC Methods to Improve Efficiency Within a Cystic Fibrosis Clinic. **J Healthc Qual.**; v.33,n.2, p.37-46, 2011.

SPAGNOL, G.S.; MIN, L.L.; NEWBOLD, D. **Lean principles in Healthcare:** an overview of challenges and improvements. Anais da 6ª Conferência IFAC em Gestão e Controle de Produção e Logística; 11-13 set; Fortaleza: IFAC; p. 229-34, 2013.

TIMMONS, S.; COFFEY, F.; VEZYRIDIS, P. Implementing lean methods in the emergency department: the role of professions and professional status. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.214-28, 2014.

TOLEDO, A.H. et al. Reducing liver transplant length of stay: a lean six sigma approach. **Prog Transplant.**; v.23, n.4, p.350-64, 2013.

TOUSSAINT, J.; GERARD, R.A. **Uma transformação na saúde:** como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman, 2012. 162p.

TOUSSAINT, J.S.; BERRY, L.L. The Promise of Lean in Health Care. **Mayo Clin Proc.** v.88, n.1, p.74-82, 2013.

ULHASSAN, W. et al. Antecedents and Characteristics of Lean Thinking Implementation in a Swedish Hospital: A Case Study. **Qual Manag Health Care**; v.22, n.1, p.48-61, 2013.

ULHASSAN, W. et al. Does lean implementation interact with group functioning. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.196-213, 2014.

ULHASSAN, W. et al. Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting – a multi-method study. **BMC Health Serv Res.**; v.22, n.14, p.480-9, 2014.

VATS A. et al. The impact of a lean rounding process in a pediatric intensive care unit. **Crit Care Med.**; v.40, n.2, p.608-17, 2012.

VATS, A.; GOIN, K.H.; FORTENBERRY, J.D. Lean analysis of a pediatric intensive care unit physician group rounding process to identify inefficiencies and opportunities for improvement. **Pediatr Crit Care Med.**, v.12, n.4, p.415-21, 2011.

VLIET, E.J.V. et al. Efficacy and efficiency of a lean cataract pathway: a comparative study. **BMJ Qual Saf.**, v.19, n.6, p.1-6, 2010.

VLIET, E.J.V. et al. Exploring the relation between process design and efficiency in high-volume cataract pathways from a lean thinking perspective. **Int J Qual Health Care.**; v.23, n.1, p.83-93, 2011.

WARING, J.J.; BISHOP, S. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. **Soc Sci Med.**, v.71, n.7, p.1332-40, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

WOLF, L. et al. Fall Prevention for inpatient oncology using lean and rapid improvement event techniques. **HERD.**; v.7, n.1, p.85-101, 2013.

WOMACK, J.P. et al. **Going Lean in Health Care.** Institute for Healthcare Improvement. Cambridge, USA: Institute for Healthcare Improvement, 2005. 24p.

YAMAMOTO, J.; ABRAHAM, D.; MALATESTINIC, B. Improving insulin distribution and administration safety using lean six sigma methodologies. **Hosp Pharm**; v.45, n.3, p.212–24, 2010.

YOUSRI, T.A. Lean thinking: Can it improve the outcome of fracture neck of femur patients in a district general hospital? **Injury**, v.42, n.11, p.1234–37, 2011.

YUSOF, M.M.; KHODAMBASHI, S.; MOKHTAR, A.M. Evaluation of the clinical process in a critical care information system using the Lean method: a case study. **BMC Med Inform Decis Mak.**; v.12, p.150 ,2012.

ZHU, Y.; LU, Z.; DAI, Z. Improving Efficiency and Patient Satisfaction in a Peripherally Inserted Central Catheter Center Using Lean-Based Methodology. **JAVA.**; v.19, n.4, p.244-55, 2014.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para elucidar o problema enunciado na introdução desta pesquisa, que pretende compreender os significados da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos, optou-se pelo estudo descritivo, com abordagem qualitativa ancorada no referencial metodológico *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), como foi traduzida para o português.

Para Strauss e Corbin (2008) a pesquisa qualitativa é o tipo de pesquisa que produz resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de quantificação. Além disso, afirmam que os métodos qualitativos podem ser utilizados para obter detalhes complexos sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções que são difíceis de serem extraídos ou descobertos por meio de pesquisas mais convencionais.

O pesquisador que utiliza a TFD tem como propósito gerar teorias para desvelar fenômenos em dada situação, a partir da perspectiva dos participantes e como os participantes se relacionam com o mesmo (STERN; KERRY, 2009). Na verdade, busca reconhecer o significado que determinada situação ou objeto tem para o ser humano.

Os pressupostos para a utilização desse método são (GLASER; STRAUSS, 1967): Toda experiência humana é um processo que se encontra em constante evolução; a construção da teoria inclui abordagem dedutiva e indutiva e devem existir vários grupos amostrais, os quais são comparados entre si ao longo do estudo e darão origem aos conceitos da amostragem e à saturação teórica.

A TFD foi desenvolvida na década de 1960, nos Estados Unidos, por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss. O desenvolvimento do método aconteceu durante seus estudos de quatro anos sobre o relacionamento entre médicos e pacientes terminais. Observaram a forma como ocorria o processo da morte em diversos ambientes hospitalares; como e quando os profissionais e seus pacientes terminais tinham conhecimento do fato de estarem morrendo e, a forma como lidavam com essa informação. À medida que construía as suas análises do processo de morte, os autores desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas que poderiam ser adotadas por outros pesquisadores em contextos e temáticas diferentes. Logo após, publicaram os detalhes do método no livro “The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research”, em 1967 (BANDEIRA-DE-

MELLO; CUNHA, 2006; CHARMAZ, 2009).

É importante salientar que cada um deles inseriam-se em uma tradição filosófica e de pesquisa diferente, mas suas contribuições foram importantes para a construção do método. Glaser teve origens acadêmicas na Universidade de Columbia, de tradição quantitativa e Strauss formou-se pela Universidade de Chicago a qual possui um longo histórico e uma tradição forte em pesquisa qualitativa (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006; STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Glaser teve a intenção de codificar os métodos de pesquisa qualitativa de forma sistematizada semelhante como havia codificado a pesquisa quantitativa. Isso possibilitou a especificação das estratégias para a condução da pesquisa permitindo desmitificar o processo da pesquisa qualitativa. Strauss em seus estudos sofreu forte influência dos textos do Interacionismo Simbólico, referencial que sustenta os primórdios da TFD, e passou a entender os seres humanos como agentes ativos em suas vidas e em suas esferas de vida. Partiu do princípio de que para a existência humana era fundamental o processo e não a estrutura. Em resumo, Strauss trouxe para TFD as noções da atividade humana; dos processos emergentes; o entendimento de que o significado é definido e redefinido através da interação; a percepção de que as pessoas agem com base em significados; a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas e a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo nas práticas da solução de problemas (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). Essas duas influências paradigmáticas caracterizam bem a TFD, que apesar de ser uma abordagem qualitativa, segue o método rigoroso na coleta e análise dos dados e concepções sistemáticas, tal como evidenciado nos métodos quantitativos.

Como relatado anteriormente, o fundamento filosófico da TFD esteve ancorado no Interacionismo Simbólico. Contudo, nem todos os estudos de TFD estão necessariamente alinhados a esse referencial teórico (HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013).

Glaser e Strauss, desde a publicação dos enunciados clássicos, passaram a considerar a TFD em direções relativamente divergentes. Glaser, durante anos, permaneceu coerente com sua explicação inicial do método e, dessa forma, definiu a teoria fundamentada como um método de descoberta, tratou as categorias como algo cujo surgimento se dava a partir dos dados, baseou-se no empirismo objetivo e, muitas vezes, restrito, e analisou um processo social básico. Já Strauss deslocou o método para a criação de mais instrumentos para oferecer aos

pesquisadores um guia concreto e preciso da aplicação da TFD, facilitando o seu uso como método científico. Esse trabalho foi realizado juntamente com Juliet Corbin (CHARMAZ, 2009).

A partir disso, o método dividiu-se. O trabalho de Glaser foi classificado como TFD clássica ou tradicional; a proposta de Strauss e Corbin como uma perspectiva mais evoluída da TFD, marcando o início da vertente construtivista do método. Essa vertente ficou conhecida como Straussiana ou Estruturalista. A terceira vertente conhecida como construtivista, sendo a mais recente remodelação do método. Atualmente a principal expoente dessa vertente é Kathy Charmaz (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006; HUNTER et al., 2011; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013). A vertente adotada nesta pesquisa será a proposta por Strauss e Corbin (2008).

A TFD como o seu próprio nome indica, se propõe a construir uma teoria apoiada e fundamentada nos dados investigados de maneira indutiva e dedutiva que, mediante a organização em categorias conceituais, permite elucidar um determinado fenômeno presente na realidade. Hall, Griffiths e McKenna (2013) complementam afirmando que é uma metodologia usada para desenvolver teoria derivada dos dados e explicar a interação humana. Aqui, cabe o esclarecimento do que vem a ser uma teoria:

Denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes sociais, psicológicos, de enfermagem ou outros. As declarações de relação explicam quem, o que, onde, por que, como e com que consequências um fato ocorre (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.35).

Os mesmos autores complementam que “teorizar é um trabalho que implica não apenas conceber ou intuir ideias (conceitos), mas também formular essas ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório [...]” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.34).

Com relação à teoria construída a partir da aplicação do referencial metodológico da TFD, duas teorias podem ser formadas: a teoria substantiva que compreende os resultados de uma realidade específica; e a teoria formal que deixa de abranger apenas a realidade específica, podendo ser aplicada de forma generalizada (CASSIANI;

CALIRI; PELÁ, 1996; STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesse estudo, foi construída uma teoria substantiva relacionada com a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos na perspectiva do pensamento lean.

No processo de construção da teoria, as hipóteses e as proposições que emergem dos dados devem ser continuamente verificadas e comparadas com os novos dados, sendo modificadas, ampliadas ou desconsideradas, dependendo da necessidade. Esse processo caracteriza a análise comparativa da TFD, que compreende característica importante desse método, sendo utilizada para manter a objetividade dos dados permitindo com que o pesquisador interprete de modo mais fidedigno os dados.

As hipóteses, geradas pelo constante processo de comparação entre os dados, buscam diferenças e semelhanças entre os grupos amostrais e incidentes e podem sugerir ao pesquisador relações entre os elementos presentes nas categorias no decorrer da pesquisa. No processo de geração de hipótese, verifica-se a existência de três etapas: a indução, vinculada a ter uma intuição e, então, transformá-la em hipótese, provisória e condicional; a dedução, que se refere à identificação de elementos que se originam das hipóteses com o propósito de verificação; e a terceira e última etapa, a verificação, que consiste em descobrir a total ou parcial qualificação de uma hipótese ou sua negação (STRAUSS; CORBIN, 2008; STERN, KERRY, 2009).

Uma habilidade a ser desenvolvida pelo pesquisador que utiliza a TFD como método é a sensibilidade teórica. Para isso, o pesquisador precisa entrar no campo de pesquisa com o mínimo de hipóteses e ideias predeterminadas. Ter sensibilidade é ter a capacidade de dar sentido aos fatos e acontecimentos dos dados. Isso significa ver além do óbvio para descobrir o novo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo Strauss e Corbin (2008) e Charmaz (2009), a TFD possui algumas características específicas, a saber:

1. A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa, sendo direcionada conforme exigência dos dados coletados. No entanto, os autores alertam para a influência excessiva na percepção do pesquisador, principalmente, por meio do uso da literatura antes e durante a análise;
2. Os dados são coletados e analisados concomitantemente. Por exemplo, ao entrevistar um sujeito o pesquisador já inicia o processo de análise previamente à entrevista seguinte, permitindo ao pesquisador mudar o foco de

- atenção e buscar outras direções, conforme exigência e o direcionamento dos dados coletados. É a análise que conduz a coleta de dados;
3. O método é circular e, por isso, permite ao pesquisador buscar outras direções, reveladas pela coleta e análise dos dados, bem como pelas hipóteses que são construídas. Isso caracteriza a amostragem teórica;
 4. A amostragem teórica possibilita o pesquisador buscar seus dados em locais ou através do depoimento de pessoas que indicam ter conhecimento acerca da realidade a ser estudada;
 5. As teorias são geradas a partir de áreas de pesquisa empírica, de campo. O conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e ações humanas;
 6. Utiliza memorandos como registros ao longo da pesquisa de campo, pois representam as formas escritas dos pensamentos abstratos do pesquisador sobre os dados e os diagramas, que são representações gráficas das relações entre os conceitos.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

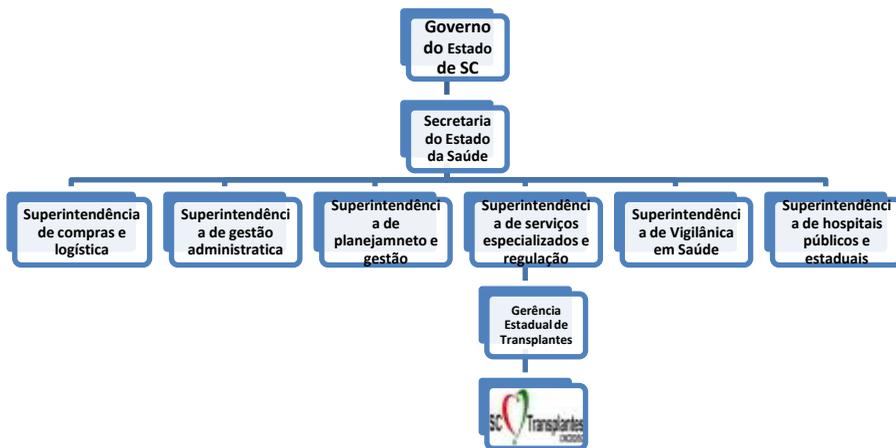
O cenário dessa pesquisa foi a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina (CNCDO/SC), conhecida como Central de Transplantes do Estado de Santa Catarina ou SC transplantes, localizada na cidade de Florianópolis-SC.

A SC transplantes foi criada pelo Decreto Estadual nº 553 de 21 de setembro de 1999, por força da Lei nº 9.434/97 e Decreto 2.268/97, como unidade integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Tem como função coordenar as atividades no âmbito estadual, centralizando e coordenando as ações que envolvam captação e transplante no estado, e atuando no gerenciamento das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos, nos processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos, além de formular políticas de transplantes para o estado.

Em 2006 foi estabelecido a Política Estadual de Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos em Santa Catarina constituindo-se uma importante iniciativa para o processo de organização de um sistema efetivo de captação e transplante de órgãos e tecidos no território catarinense (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2015).

A Central de Transplantes é uma gerência da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina que funciona como agência executiva do Sistema Nacional de Transplantes em âmbito estadual, conforme mostra a figura 8.

Figura 8 - Organograma da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina – Gerência de SC Transplantes. 2015.



Fonte: Secretaria do Estado da Saúde, 2015.

A SC transplantes funciona 24 horas e é composta por nove enfermeiros, quatro médicos, sendo dois fixos e dois de sobreaviso. Está organizada em cinco divisões: administrativa, técnica, de informação, de educação permanente e de auditoria e regulação. A divisão administrativa é responsável pelo credenciamento das equipes de transplantes. A divisão técnica faz o acompanhamento de dois processos operacionais distintos: doação de múltiplos órgãos e tecidos com o paciente em morte encefálica e doação de tecido ocular por parada cardiorrespiratória. A divisão de informação faz o acompanhamento do cadastro de receptor, do pós transplante pelo sistema informatizado de gerenciamento (SIG) do Sistema Nacional de Transplantes, bem como a organização da estatística dos indicadores do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. A divisão de educação permanente organiza os cursos de capacitação para os profissionais de saúde

envolvidos no serviço de doação e transplante de todo o estado. E a divisão de auditoria e regulação faz o controle de cada etapa no intuito de garantir a credibilidade do processo nos preceitos éticos e legais.

Vinculado a SC transplantes existem 45 CIHDOTT, 22 municípios notificantes de potenciais doadores, conforme representado na figura 9.

Figura 9 - Representação dos municípios notificantes de potenciais doadores em Santa Catarina. Florianópolis, 2015.



Fonte: SC Transplantes, 2015.

O Estado de Santa Catarina é líder nacional no número de doadores efetivos e com o melhor percentual de efetivação no Brasil. Possui um programa de doação e transplantes consolidado e vem apresentando uma taxa de notificação e de doadores efetivos sempre crescente, desde 2010. O aumento na taxa de notificação foi de 12,7% (de 66,6pmp em 2013 para 75,1pmp em 2014) e na de doadores efetivos de 18,8% (de 27,2pmp em 2013 para 32,3pmp em 2014). Sua taxa de não autorização vem progressivamente diminuindo, terminando o ano de 2014 com um valor de 37%. Em relação aos transplantes, apresentou crescimento nos transplantes de rim e córnea, este último ultrapassando a taxa de 100 transplantes pmp. O transplante de pâncreas diminuiu 41,6% (de 1,9 pmp em 2013 para 1,1pmp em 2014) e o transplante de

coração e fígado mantiveram-se estáveis (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2014).

Atualmente, em Santa Catarina são realizados os transplantes de córnea, esclera, coração, válvula cardíaca, fígado, rim, pâncreas, conjugado rim/pâncreas, medula óssea autólogo, tecido ósteo-condro-fásio-ligamentoso.

Esse cenário foi escolhido devido Santa Catarina ser líder nacional em doação no Brasil, tendo a melhor taxa de doadores efetivos de 30,3 pmp (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015).

A entrada no campo de pesquisa foi precedida por estágio profissional no intuito de facilitar a inserção da pesquisadora no local do estudo e a aproximação com os participantes de modo a adquirir sua confiança para o desenvolvimento da pesquisa.

O estágio teve duração de três meses, de março a maio de 2014. A pesquisadora acompanhou todas as etapas do processo de doação e transplante, desde a notificação da abertura do protocolo de ME até a captação dos órgãos e tecidos. Esta última foi realizada em um hospital referência em captação de órgãos da capital.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes do estudo foi realizada de acordo com a amostragem teórica, que é um dos pressupostos da TFD. A amostragem teórica é o processo de coleta de dados com o objetivo de procurar lugares, pessoas ou acontecimentos que potencializem a descoberta de variações entre conceitos e adensamento das categorias, suas propriedades e dimensões, conforme as necessidades de informações que surgem durante a pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Em síntese, na amostragem teórica a coleta de dados é seguida pela análise dos dados. E a análise leva aos conceitos. Os conceitos geram mais questionamentos. Estes levam a mais coleta de dados para que o pesquisador possa aprender mais desses conceitos. É um processo circular contínuo até que a pesquisa alcance a saturação, que é o momento na pesquisa em que todas as categorias estão completamente desenvolvidas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O objetivo na TFD não é coletar o máximo de dados possíveis em determinado grupo, mas coletar dados referentes à construção de categorias, tanto em busca da geração de propriedades e hipóteses como para determinar a profundidade da amostragem. Com o decorrer da

análise e o surgimento de conceitos que precisam ser melhor explorados e compreendidos, o pesquisador pode escolher os locais e as pessoas determinadas que poderão ampliar e potencializar a explicação das relações e categorias incompletas (STRAUSS; CORBIN, 2008). Dessa forma, não é possível determinar a priori o número de participantes e os grupos amostrais são definidos a partir da intuição e da sensibilidade teórica do pesquisador desenvolvidas por meio das entrevistas, construção de diagramas e memorandos.

O primeiro grupo amostral foi composto por nove enfermeiros que desempenhavam suas atividades na equipe técnica da Central de Transplantes de Santa Catarina, sendo um enfermeiro coordenador. Para a composição desse primeiro grupo amostral foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro e estar atuando na Central de Transplantes no mínimo seis meses no momento da coleta de dados.

O segundo grupo amostral foi composto por 15 profissionais de saúde (médico e enfermeiros) que desenvolviam suas atividades em Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Selecionou-se as três CIHDOTT que mais notificaram morte encefálica no estado de SC até junho de 2015, estando situadas nos municípios de Joinville, Blumenau e Florianópolis e uma que notificava pouco em Florianópolis. A intenção de buscar essas duas realidades de notificação foi para compreender como o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos é conduzido em cada uma das realidades. Para facilitar a compreensão denominou-se as CIHDOTT da seguinte forma: CIHDOTT I, CIHDOTT II, CIHDOTT III, CIHDOTT IV, respectivamente.

Integraram o terceiro grupo amostral 12 participantes, sendo 10 enfermeiros assistenciais de UTI e emergência, um médico gestor da central de transplante e um médico cirurgião da equipe captadora de órgão. Assim, o tamanho da amostra foi determinado pela saturação teórica dos dados, totalizando 36 entrevistas. A síntese dos grupos amostrais está apresentada no quadro 1.

Quadro 1 - Descrição dos grupos amostrais. Florianópolis, 2015.

Grupo amostral	Participantes	Quantidade
1º	Enfermeiros da Central de Transplantes (E1-E7, E11, E12)	09
2º	Profissionais da CIHDOTT CIHDOTT I (E17, E32-E34) CIHDOTT II (E29, E31)	15

	CIHDOTT III (E8-E10, E15, E16, E28) CIHDOTT IV (E13, E14, E27)	
3º	Enfermeiros assistenciais da UTI (E18-E21) e emergência (E22-E26, E30), médico gestor e médico (E35) captador (E36)	12
Totalizando: 36 participantes		

Fonte: elaborado pela autora.

De acordo com Strauss e Corbin (2008) o alcance da saturação teórica dos dados ocorre quando não surgir novos dados importantes em relação a uma determinada categoria; quando essa estiver bem desenvolvida em suas propriedades e dimensões, e quando as relações entre as categorias estiverem bem estabelecidas e validadas.

3.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados nos meses de julho de 2014 a outubro de 2015 utilizando-se como técnica a entrevista semiestruturada sendo direcionada pela seguinte pergunta norteadora: Fale-me como você gerencia o cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos.

Justifica-se o período de coleta de dados longo devido a doutoranda ter realizado o Doutorado Sanduíche nos Estados Unidos no período de agosto a dezembro de 2014 (APÊNDICE A). Reiniciou-se a coleta e a análise dos dados do segundo e terceiro grupos amostrais no retorno ao Brasil.

De acordo com Tarozzi (2011), a entrevista na TFD é uma conversação focada em um objetivo que permite explorar em profundidade um certo tema e faz emergir o modo por meio do qual um participante dá sentido à própria experiência. Além disso, os dados provenientes das entrevistas com os participantes são o que melhor exprimem o que é importante para eles e dão conta diretamente dos processos em ato. A entrevista semiestruturada permite formular perguntas cada vez mais focalizadas, acompanhando o emergir da teoria e a delimitação da pesquisa ao redor da categoria central (TAROZZI, 2011).

Para nortear a pesquisa elaborou-se um roteiro para a coleta de dados (APÊNDICE B), o qual está constituído de duas partes: a primeira destinada à caracterização sócio-profissionais dos participantes do estudo e a segunda parte apresenta as perguntas que auxiliaram a entrevista. Destaca-se que outras perguntas foram direcionadas pela

pesquisadora, a partir das respostas dos participantes, no intuito de aprofundar a compreensão do fenômeno em estudo.

À medida que a coleta e a análise dos dados avançavam, novos grupos amostrais foram formados a fim de buscar maior detalhamento dos conceitos e maior compreensão do fenômeno.

A partir da análise ao primeiro grupo amostral, compreendeu-se que os enfermeiros da Central de Transplantes compartilham da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos com os profissionais da CIHDOTT, pois são eles que fazem a “ponte”, a articulação nos hospitais gerenciando diretamente o cuidado ao potencial doador. Além disso são eles que fazem a entrevista familiar, etapa crucial para que a doação se concretize. Dessa forma, estabeleceu-se o segundo grupo amostral, na intenção de se compreender como os profissionais de saúde da CIHDOTT exercem a gerência do cuidado neste nível; quais atitudes são assumidas para fortalecer o trabalho em equipe e facilitar o processo de doação e transplante; como abordam a família para oportunizar a doação, bem como lidam com o tempo nesse processo.

A análise dos dados do segundo grupo amostral constituído pelos profissionais da CIHDOTT permitiu a compreensão de que a gerência do cuidado é realizada conjunta e complementarmente com os profissionais dos serviços de emergência e UTI, locais potenciais de pacientes em morte encefálica. As falas dos participantes apontaram que sem a existência da integração e envolvimento desses profissionais com o processo de doação e transplante a gerência do cuidado fica comprometida. Destacaram ainda sobre a “a corrida contra o tempo” na gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e que cada profissional vivencia essa temporalidade de modo diferente. O tempo do enfermeiro da central é diferente daquele que atua na CIHDOTT, na UTI, na emergência. Que por sua vez é diferente dos outros profissionais, como do cirurgião captador, do cirurgião do transplante. O que diferencia esse tempo vivido dos profissionais?

Assim, o terceiro grupo amostral foi composto por enfermeiros que atuam em setores de UTI e emergência. Considerou-se importante compreender como acontece a gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos nesses setores e como são estabelecidas as relações de trabalho em equipe. Para entender a temporalidade do processo, além dos enfermeiros atuantes nesses setores, entrevistou-se um médico captador de órgãos e um médico gestor do processo de doação e transplante.

As entrevistas foram individuais, áudio gravadas em meio digital, transcritas logo após terem sido realizadas. Foram revisadas minuciosamente, comparando-se o texto com o áudio a fim de verificar se alguma informação havia se perdido. O local da entrevista foi escolhido pelos participantes segundo a disponibilidade de dia e horário de cada um. As transcrições foram organizadas no *Microsoft® Office Word* e inseridas no software NVIVO®, que auxiliou no processo de codificação e organização dos dados.

Destaca-se que o recrutamento dos participantes ocorreu por contato telefônico para o local de trabalho ou telefone pessoal com apresentação dos pesquisadores envolvidos e da metodologia da pesquisa, com posterior convite para participar da pesquisa. Caso existisse o aceite, era agendado o dia e horário da entrevista, de acordo com a disponibilidade do participante.

As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos participantes, em espaço adequado, que permitisse privacidade e tranquilidade para estabelecer um contato próximo entre o pesquisador e o entrevistado e com a menor possibilidade de interrupções. Quando necessário devido a demanda das unidades hospitalares ou pessoais dos participantes, o encontro foi remarcado em uma nova data.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente realizou-se a microanálise que envolve exame, interpretação e interação dos dados. Essa etapa foi realizada por meio da leitura minuciosa da entrevista impressa com o intuito de identificar as principais ideias e colocar ao lado de cada parágrafo uma palavra para facilitar no momento da codificação. Em seguida, em uma folha de papel A4 foram separadas as palavras destacadas. Após, foram elaborados diagramas e memorandos da entrevista. E por último realizou-se a codificação da entrevista.

O processo analítico, ou seja, a codificação dos dados é permeado pela **Análise Comparativa** que consiste no processo dinâmico em que os dados são coletados e constantemente comparados. A codificação na TFD compreende três momentos: a codificação aberta, a axial e a seletiva (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A **codificação aberta** ou codificação inicial é o primeiro passo analítico que consiste no processo de separar, examinar, comparar e conceitualizar os dados brutos. Requer um trabalho atento e minucioso do pesquisador com os dados. Nesta etapa, os dados brutos foram analisados “linha a linha”, sendo questionados exaustivamente,

buscando compreender seu significado a partir da experiência dos participantes da pesquisa. Alguns dos questionamentos que foram utilizados para examinar cada entrevista são: O que é isso? O que representa? O que está acontecendo aqui? (STRAUSS; CORBIN, 2008; PRADO et al., 2008).

Ao se identificar cada ideia/incidente/evento foi dado um nome, formando os códigos preliminares. Ressalta-se que os códigos preliminares são escritos tentando preservar as falas dos participantes e com palavras que reflitam ação. Em seguida os códigos preliminares foram reunidos, por similaridades e diferenças, dando oportunidade de elaborar os códigos conceituais ou conceitos. Quando a ideia/incidente/evento apresentaram características em comum com outra anteriormente citada, se atribuiu o mesmo conceito. Certos conceitos foram agrupados sob um conceito mais abstrato, ou seja, em categorias, baseado em sua capacidade de explicar o que está acontecendo (STRAUSS; CORBIN, 2008; PRADO et al., 2008).

Na **codificação axial** foi o momento do reagrupamento dos dados que foram separados na codificação aberta e de relacionar categorias às suas subcategorias para formar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. É uma etapa marcada pelo movimento indutivo-dedutivo, que demanda sensibilidade teórica e reflexão do pesquisador. Codificar axialmente é atribuir respostas para questões do tipo por que ou de que forma, onde, quando, como e com que consequências. Ao responder essas questões ajuda a contextualizar um fenômeno, ou seja, posicioná-lo dentro de uma estrutura condicional e identificar “como” ou os meios pelos quais uma categoria se manifesta (STRAUSS; CORBIN, 2008; PRADO et al., 2008).

Para classificar e organizar as conexões emergentes entre as categorias, Strauss e Corbin (2008) propõem um esquema organizacional chamado de paradigma ou modelo paradigmático que é uma perspectiva assumida em relação aos dados de modo a reuni-los e ordená-los sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados para que seja possível capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos. Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias a partir dos seguintes componentes: fenômeno, contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e as consequências.

O fenômeno é a ideia central sobre a qual um conjunto de ações ou interações é conduzido pelas pessoas. Possui a capacidade de explicar o que está acontecendo; o contexto configura-se como o local onde o fenômeno acontece; as condições causais são aquelas que desencadeiam ou influenciam o desenvolvimento do fenômeno; as

condições intervenientes interferem ou alteram o impacto das condições causais no fenômeno; as estratégias são ações e interações planejadas para lidar com o fenômeno. São atos propositais ou deliberados praticados para resolver um problema; as consequências referem-se aos resultados atuais ou potenciais das ações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na **codificação seletiva**, as categorias e subcategorias encontradas anteriormente, foram comparadas e analisadas continuamente com o “objetivo de integrar e de refinar a teoria” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.143), fazendo emergir dessa forma a categoria central ou fenômeno. Ao redor do fenômeno todas as categorias estão integradas, ou seja, ele tem a capacidade de reunir as outras categorias, formando um todo explanatório. É por meio dele que é desenvolvida a explicação teórica. O fenômeno que emergiu na pesquisa foi ***“Gerenciando o cuidado no contexto interdependente e complementar do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos com o foco no paciente em lista de espera, orientado pela melhoria contínua e desenvolvimento da cultura da doação”***.

A TFD é um método de pesquisa que gera um grande volume de dados. Desse modo, para o processo de organização e categorização dos dados foi utilizado o software NVIVO®, versão 10. A estrutura do NVIVO® permite a organização por projetos e as fontes de informação, assim como os dados gerados pelo processo analítico são armazenados em um banco de dados. As fontes de informação no caso desta pesquisa foram as transcrições das entrevistas, conforme pode ser visto na figura 10.

Figura 10 - Representação da organização das transcrições no NVIVO®.

Nº	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
1	12	2011/02/14 22	AB	21/10/2019 14:16	AB
2	17	2011/02/14 22	AB	21/10/2019 15:42	AB
3	15	2011/02/14 21	AB	20/10/2019 18:39	AB
4	16	2011/02/14 21	AB	20/10/2019 17:27	AB
5	22	2011/02/14 20	AB	20/10/2019 16:36	AB
6	17	19/10/2019 19:06	AB	19/10/2019 20:52	AB
7	15	19/10/2019 18:36	AB	19/10/2019 19:07	AB
8	20	19/10/2019 21:04	AB	19/10/2019 19:27	AB
9	18	19/10/2019 21:27	AB	19/10/2019 19:34	AB
10	21	20/10/2019 16:26	AB	20/10/2019 16:47	AB
11	19	20/10/2019 17:01	AB	21/10/2019 21:29	AB
12	17	20/10/2019 12:59	AB	20/10/2019 12:59	AB
13	11	13/10/2019 13:21	AB	14/10/2019 17:42	AB
14	17	13/10/2019 13:21	AB	13/10/2019 14:76	AB
15	9	07/10/2019 14:39	AB	07/10/2019 14:76	AB
16	8	06/10/2019 12:05	AB	07/10/2019 15:17	AB
17	17	04/10/2019 20:53	AB	04/10/2019 20:11	AB
18	10	04/10/2019 20:54	AB	04/10/2019 20:54	AB
19	9	01/10/2019 14:52	AB	01/10/2019 14:42	AB
20	25	23/09/2019 18:59	AB	01/10/2019 14:52	AB
21	22	14/09/2019 15:49	ALYN	04/09/2019 03:42	ALYN
22	25	09/09/2019 22:32	ALYN	04/09/2019 15:56	AB
23	17	19/08/2019 22:42	AB	19/08/2019 22:42	AB
24	16	19/08/2019 14:26	AB	19/08/2019 17:38	AB
25	17	20/07/2019 14:05	AB	04/07/2019 16:36	AB

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo cadastrados no software.

Como pode ser observado na figura acima, optou-se por nomear os documentos de acordo com a ordem que as entrevistas foram realizadas para identificá-los. Para cada documento o NVIVO® informa a data e a hora de criação e a última alteração, as iniciais dos pesquisadores que criaram e alteraram os documentos e duas informações relacionadas ao processo de análise, nas colunas Nós e Referências. Os números na coluna Nós indicam em quantos Nós o documento é referenciado; os números na coluna indicam quantos fragmentos do documento foram codificados (LAGE, 2011). Por exemplo, o documento da transcrição 25 possui 17 fragmentos codificados em 12 nós.

É interessante ressaltar que o projeto pode ser salvo e armazenados em *pen-drive* e CD, ou ainda ser enviado por *e-mail*, como qualquer outro arquivo (LAGE, 2011). Isso minimiza a possibilidade de perda dos dados.

As estruturas principais de um projeto no NVIVO® são os *Nodes* ou nós, que podem ser do tipo Free Node (um nó isolado sem relação hierárquica) ou Tree Node (uma árvore de nós com relação hierárquica).

Cada nó corresponde a fragmentos de textos de informações codificadas, formando categorias de informação (LAGE, 2011). Quando as categorias têm subcategorias, é formada uma estrutura de árvores de nós, conforme a figura 11.

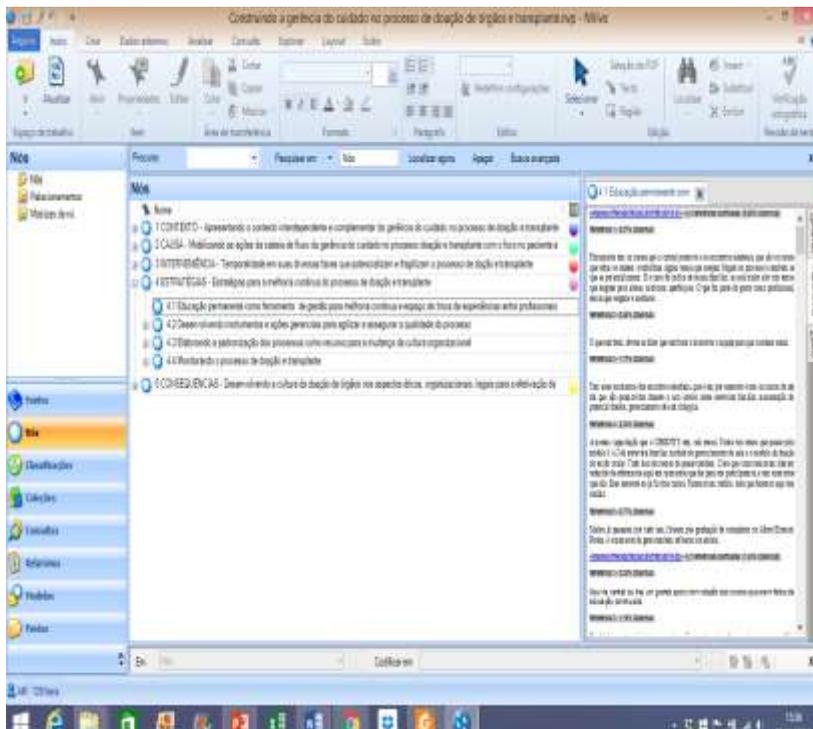
Figura 11 - Representação da estrutura de árvores de nós, com dois nós abertos.

Nó	Nome	Abertura	Criado em	Excluído em	Modificado em	Aplicação
+	ATENÇÃO ÀS ETAPAS DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO	8	9	16/02/2018 11:37	06/02/2018 10:19	06/02/2018 10:19
-	Atendimento ao Empreendedor	16	26	16/02/2018 11:38	21/11/2017 16:11	06/02/2018 10:19
-	Bases legais	14	23	20/02/2018 16:19	21/11/2017 16:39	06/02/2018 10:19
-	Carreiros e documentação	2	8	20/02/2018 11:14	21/11/2017 16:52	06/02/2018 10:19
-	Declaração de validade da inscrição	1	8	16/02/2018 16:46	20/02/2018 17:38	06/02/2018 10:19
-	Manejo ético, reconhecimento e validação de processos de ensino	9	13	20/02/2018 14:27	21/11/2017 16:38	06/02/2018 10:19
-	Validação de cursos de processo de NE	17	27	20/02/2018 16:26	21/11/2017 22:56	06/02/2018 10:19
-	Workshop	6	9	20/02/2018 16:47	21/11/2017 16:52	06/02/2018 10:19
-	INSCRIÇÃO NO SERVIÇO SEM DOMÍNIO DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO	4	6	16/02/2018 11:52	12/08/2018 10:39	06/02/2018 10:19
-	INSTRUMENTOS LEGISLATIVOS QUE FACILITAM O GERENCIAMENTO CURRICULAR	6	9	15/02/2018 11:59	21/11/2017 12:52	06/02/2018 10:19
-	Inte-médios de busca informacional online	1	1	24/02/2018 19:48	20/08/2018 16:39	06/02/2018 10:19
-	Organização de dados e informações por processo em NE	1	1	24/02/2018 19:28	24/02/2018 19:45	06/02/2018 10:19
-	Relatório sobre o processo de ensino, controle de qualidade e pro...	2	4	24/02/2018 19:26	02/08/2018 19:19	06/02/2018 10:19
-	INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA PARA EXERCER O PAPEL DE SERVIÇOS	2	3	16/02/2018 14:58	26/02/2018 17:38	06/02/2018 10:19
-	INSTRUMENTOS PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHOS	7	7	16/02/2018 14:53	21/11/2017 14:50	06/02/2018 10:19
-	USUÁRIO COMPLETO DE SERVIÇOS	1	2	16/02/2018 14:56	21/11/2017 14:50	06/02/2018 10:19
-	USUÁRIO COMPLETO DE SERVIÇOS E SERVIÇOS	4	10	16/02/2018 14:58	21/11/2017 14:50	06/02/2018 10:19
-	USUÁRIO COMPLETO DE SERVIÇOS E SERVIÇOS	9	16	16/02/2018 14:57	16/09/2018 17:25	ALPH
-	RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO	7	9	20/02/2018 16:57	20/11/2017 11:11	06/02/2018 10:19
-	RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E SERVIÇOS	4	9	16/02/2018 14:53	21/11/2017 12:59	06/02/2018 10:19
-	RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E SERVIÇOS	8	10	16/02/2018 14:53	20/08/2018 16:19	06/02/2018 10:19
-	RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E SERVIÇOS	4	11	16/02/2018 14:53	21/11/2017 12:59	06/02/2018 10:19
-	RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E SERVIÇOS	4	10	16/02/2018 14:53	16/09/2018 16:28	06/02/2018 10:19
-	RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E SERVIÇOS	1	1	16/02/2018 14:57	16/09/2018 14:27	06/02/2018 10:19

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo cadastrados no software.

Apresenta-se na figura 12 os dados organizados de acordo com os componentes do modelo paradigmático proposto por Strauss e Corbin (2008), com suas categorias e subcategorias, bem como fragmentos do conteúdo de um dos nós, ou seja, subcategoria, gerados no processo de codificação dos dados.

Figura 12 - Representação de fragmentos do conteúdo de um dos nós gerados no processo de codificação dos dados.



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa de campo cadastrados no software.

O NVivo disponibiliza recursos que facilitam o trabalho do pesquisador, quando da elaboração do relatório da pesquisa. Durante a elaboração do relatório da pesquisa qualitativa é usual ilustrar os resultados obtidos com fragmentos das respostas dos entrevistados. A escolha desses fragmentos é facilitada pelo *software*, a partir das consultas aos nós ou funcionalidades que permitem exportar os textos dos nós para arquivos Word (LAGE, 2011).

Ao final da análise, obtiveram-se 5 categorias e 19 subcategorias, conforme estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Apresentação das categorias e subcategorias relacionada ao respectivo componente do modelo paradigmático.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
-----------	---------------

<p>1. Apresentando o contexto interdependente e complementar da gerência do cuidado no processo de doação e transplante</p>	<p>1.1. Destacando as competências do enfermeiro nos contextos da gerência do cuidado 1.2. Revelando o contexto da Central de Transplante 1.3. Conhecendo o contexto da CIHDOTT 1.4. Descrevendo o contexto das unidades hospitalares</p>
<p>2. Mobilizando as ações da cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplante com foco no paciente em lista de espera</p>	<p>2.1. Revelando o paciente em lista de espera como foco da gerência do cuidado 2.2. Identificando o potencial doador por meio da busca ativa 2.3. Notificando a abertura do protocolo de ME e a confirmação do diagnóstico de ME 2.4. Realizando a manutenção e validação do potencial doador 2.5. Fazendo a abordagem familiar 2.6. Conferindo a documentação 2.7. Organizando a logística e distribuição de órgãos e tecidos</p>
<p>3. Temporalidade e suas diversas faces que potencializam e fragilizam o processo de doação e transplante</p>	<p>3.1. Destacando os múltiplos entraves que repercutem na temporalidade do processo 3.2. Distinguindo as facilidades para dar fluidez à temporalidade do processo</p>
<p>4. Estratégias para a melhoria contínua do processo de doação e transplante</p>	<p>4.1. Educação permanente como ferramenta de gestão para a melhoria e espaço de troca de experiências entre os profissionais 4.2. Desenvolvendo ações gerenciais para agilizar e assegurar a qualidade do processo 4.3. Elaborando a padronização dos processos como recurso para mudança da cultura organizacional 4.4. Monitorando o processo de doação</p>

	e transplante
5. Desenvolvendo a cultura de doação de órgãos nos aspectos éticos, organizacionais, legais para efetivação da doação	5.1. Alcançando a doação efetiva por meio da valorização e integração da equipe e do respeito a família 5.2. Enfrentando a não efetivação da doação

Fonte: elaborado pela autora.

3.6 CONSTRUINDO MEMORANDOS E DIAGRAMAS

Os memorandos e diagramas são recursos essenciais que auxiliam o pesquisador durante o processo da análise dos dados.

Os memorandos são analíticos e conceituais, não somente descritivos. Consistem em uma das etapas do processo de geração da teoria e externalizam ideias por meio de registros escritos, sobre os códigos e suas relações, levando ao nível mais abstrato conceitos que emergem do processo de análise de dados. São construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados e crescem em complexidade, em densidade, em clareza à medida que a pesquisa progride. Tem como objetivos manter a pesquisa embasada nos dados e manter essa consciência para o pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009). Ressalta-se que para o desenvolvimento dos conceitos retirados das entrevistas foi necessário consultar a literatura científica para aprofundá-los, conforme ilustrados nas figuras 13 a 16.

Os diagramas são as representações gráficas de um esquema analítico que delineiam as relações entre os conceitos e mostram a densidade e a complexidade da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009).

Ao todo foram construídos 37 memorandos e 16 diagramas. Destaca-se que estas ferramentas analíticas foram elaboradas desde a codificação da primeira entrevista. A seguir apresenta-se alguns modelos de memorandos e diagramas desenvolvidos nesta investigação.

Figura 13 - Memorando 2.

Memorando 2

Competências do enfermeiro para a gerência do cuidado na doação de órgãos e tecidos para transplantes

Data: julho de 2014

O enfermeiro da central de transplantes necessita ter competência e perfil para gerenciar o cuidado no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, uma vez que este é complexo por envolver o binômio morte e vida e situações drásticas. Dessa forma o enfermeiro deve ter o conhecimento científico para conduzir com excelência o cuidado ao potencial doador e compreender a legislação brasileira que dispõe sobre as leis e diretrizes da doação e transplante. O enfermeiro ainda deve ter habilidades técnicas e relacionais para saber orientar e lidar com os profissionais envolvidos nesse processo. Além disso, é de fundamental importância que o enfermeiro tenha atitudes coerentes e sábias para agir nas situações delicadas e em intercorrências, buscando

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 14 - Memorando 3.

Memorando 3

Procedimentos Operacionais Padrão que sustentam a gerência do cuidado do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos

Data: julho de 2014

Os enfermeiros da central de transplantes têm diversos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) que são utilizados para padronizar, direcionar e conduzir os processos de doação e transplante de órgãos e tecidos, seja nas situações em que o paciente teve uma parada cardiorrespiratória ou esteja em morte encefálica. Os POP's sustentam a gerência do cuidado pois documenta o modo como cada enfermeiro deve agir durante o processo doação-transplante e garante que todos os profissionais envolvidos sigam o mesmo procedimento, ou seja, falem “a mesma língua” e utilizem do mesmo modo as ferramentas disponibilizadas para conduzir o processo, como por exemplo, o Sistema Nacional de Transplante. No entanto, é importante destacar que os POP's além de serem padronizados, são simultaneamente individualizados e singulares. Isso porque durante os processos de doação e transplante o foco está nos atores envolvidos, como o potencial doador, receptor, famílias, equipes e no processo de trabalho em si. Além disso, o trabalho padronizado é uma ferramenta básica do *Lean Thinking* centrada no trabalho do profissional que visa a eliminação de desperdício e possibilita que o paciente receba o cuidado certo no momento certo para o atendimento de sua necessidade ou do seu familiar. A ideia da padronização é buscar a melhoria dos processos e criar desempenho consistente. Desse modo, os POP's devem ser revisados, expandidos e aperfeiçoados com o passar do tempo para que não fiquem desatualizados. Conforme uma participante do estudo declarou é “um círculo fechado e girando”. Entendo que trata-se de um processo dinâmico que move-se em busca de melhorias. A construção coletiva e participativa dos POP's também foi destacada pelas participantes do estudo. Essa participação da equipe na construção dos POP's permite que todos consigam entender e implementar as instruções padronizadas e sintam-se mais integrados e responsáveis pelo

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 15 - Memorando 11.

Memorando 11

Falando sobre o trabalho em equipe na gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos

Data: abril de 2015

Os profissionais falam de modo constante que a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos envolve o trabalho em equipe, a parceria e a complementaridade. Mas, o que é o trabalho em equipe? Os profissionais afirmam que trabalhar em equipe está pautado na conversa, interação, falar a mesma língua, saber trabalhar nas especificidades de cada trabalho especializado; ter a capacidade de solucionar conflitos; ajudar; acrescentar; complementar o trabalho do outro; respeitar as atribuições de cada profissional envolvido e substituir a imposição e hierarquia pela parceria e o trabalhar com o outro. Em pesquisa realizada por Peduzzi (2001) os participantes destacaram como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns, ou, mesmo, cultura comum. Nesta mesma pesquisa a autora afirma que o trabalho em equipe pode se configurar de dois modos: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. O primeiro caracteriza-se pela fragmentação e agrupamento dos agentes; e a segunda pela articulação à proposta da integralidade das ações de saúde e pela interação dos agentes. A partir dos relatos dos profissionais acredita-se que na gerência do cuidado no processo de doação e transplante exista um trabalho em equipe integrado no qual existe a complementaridade e colaboração na execução das atribuições de cada profissional envolvido, havendo interdependência entre eles para a tomada de decisão.

Fonte: elaborado pela autora.

Figura 16 - Memorando 27.

Memorando 27

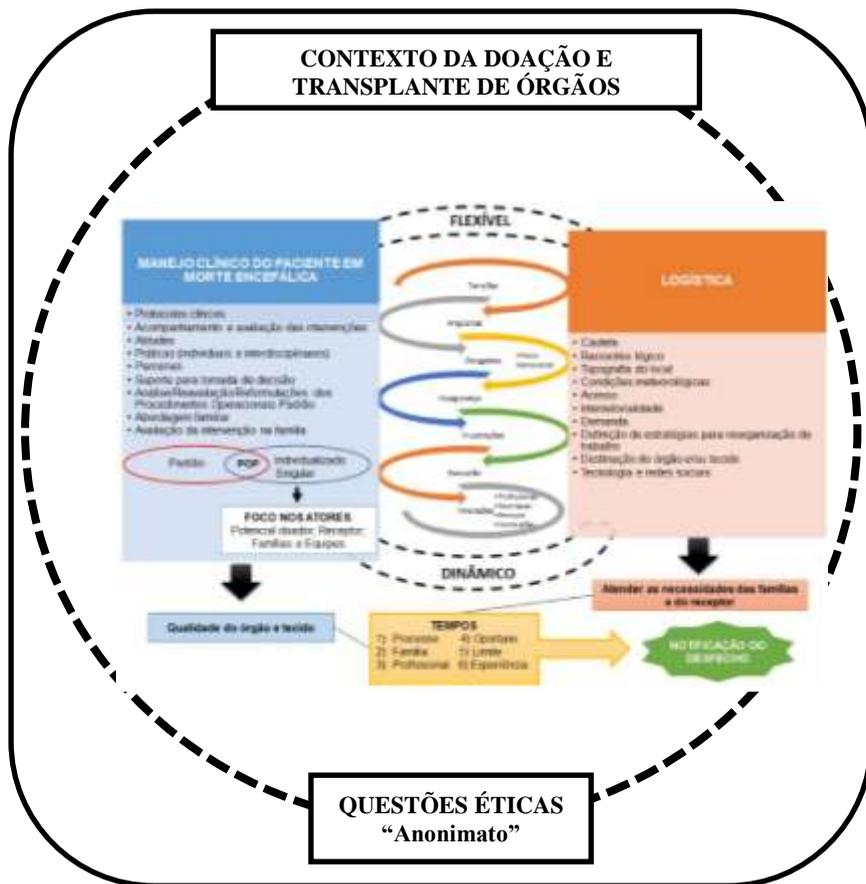
Entendendo os níveis da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.

Data: outubro de 2015

A partir da análise das entrevistas parece-me que a gerência do cuidado acontece em três níveis distintos: Central de Transplantes, CIHDOTT e nos setores que atendem o paciente em ME, que geralmente são UTI e emergência. Em cada nível existe a gerência do cuidado que é distinta, mas complementar e interdependente uma da outra. Esses níveis devem estar articulados para que o cuidado seja efetivo. A gerência do cuidado realizada pela Central de Transplante está voltada para a regulação do processo de doação e transplante, buscando a segurança no diagnóstico de ME e na manutenção do potencial doador. A gerência do cuidado desenvolvida pela CIHDOTT é realizada nos hospitais onde estão os pacientes com suspeita de ou em ME. Eles acompanham de perto o cuidado oferecido a este paciente, como também auxilia e agiliza a realização dos exames para fechar o protocolo de ME, acolhem a família do paciente e mantém a Central ciente de tudo o que está acontecendo. A gerência do cuidado que ocorre nos serviços de terapia intensiva e de emergência é supervisionada pela CIHDOTT, mas quem está à frente são os profissionais que atuam nesses setores. Existem algumas peculiaridades de cada setor. Na UTI, os profissionais estão mais acostumados a cuidar do paciente em ME, desse modo, flui naturalmente o cuidado, pois “todos sabem muito bem” as especificidades desse paciente. Na emergência existe um pouco mais de dificuldade em operacionalizar esse cuidado devido a infraestrutura do setor e a pouca aceitação dos profissionais em entender o cuidado ao paciente em ME. Além disso, a demanda do setor interfere no cuidado, pois a prioridade no cuidado acaba sendo direcionada ao paciente que está chegando, pois ainda está vivo e o paciente em ME

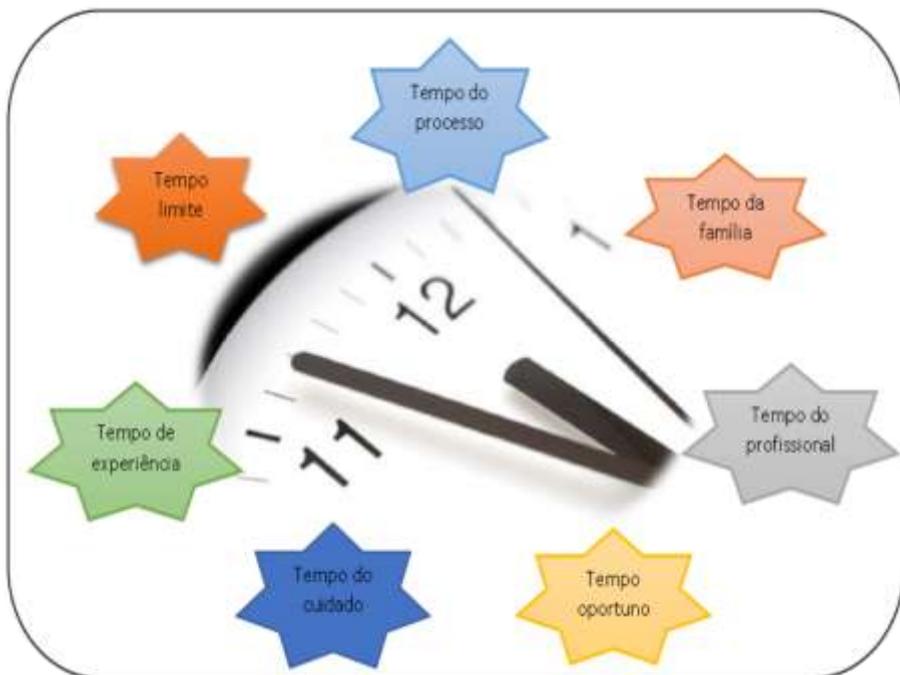
Fonte: elaborado pela autora.

Figura 17 - Diagrama 5: Dimensionando a gerência do cuidado do enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.



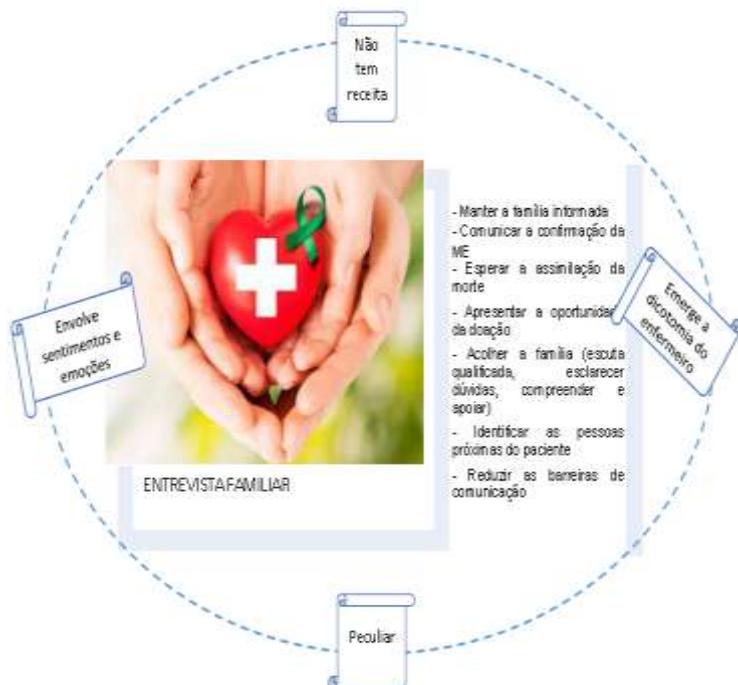
Fonte: elaborado pela autora.

Figura 18 - Diagrama 8: Identificando os tempos vividos na gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.



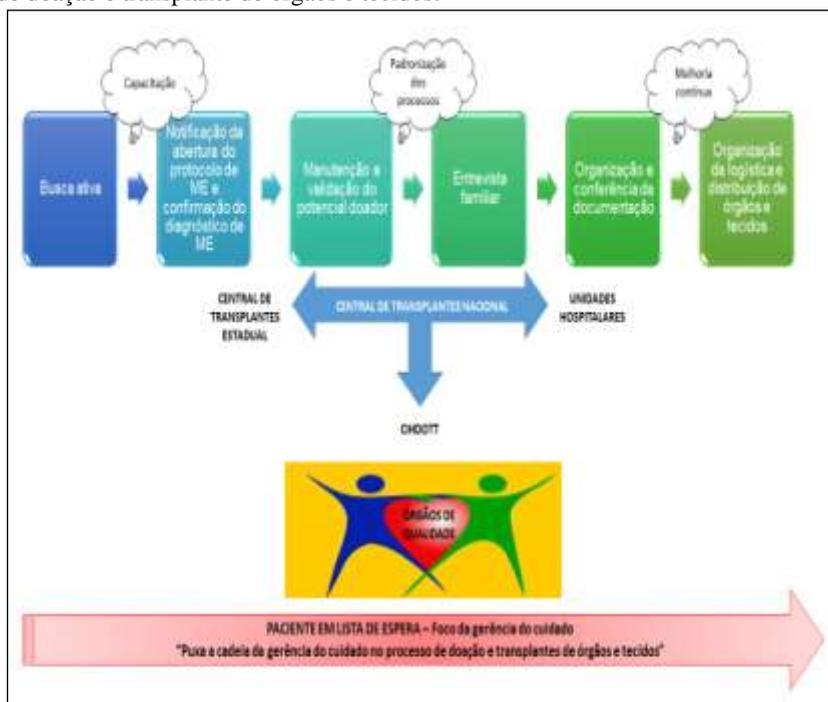
Fonte: elaborado pela autora.

Figura 19 - Diagrama 8: Descrevendo a entrevista familiar.



Fonte: elaborado pela autora.

Figura 20 - Diagrama 17: Cadeia de fluxo da gestão do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.



Fonte: elaborado pela autora.

3.7 VALIDAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO

A validação do modelo paradigmático é o momento de rever o esquema teórico, na busca por consistência interna, para validar a teoria. Isso se torna necessário porque “mesmo a teoria tendo surgido dos dados, mas no momento da integração, ela representa uma interpretação abstrata dos dados brutos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.157). Nesta etapa retornamos a participantes do estudo bem como a experts da TFD, para verificar se o esquema teórico construído foi capaz de explicar o que está acontecendo e o fenômeno encontrado.

Para esse momento foi elaborado um instrumento com base na pesquisa desenvolvida por Lanzoni (2013) e Souza (2010). Trata-se de uma descrição breve da investigação incluindo pergunta de pesquisa,

objetivo, referencial metodológico e as estratégias de análise, as categorias e subcategorias de cada componente do modelo paradigmático, bem como suas relações com o fenômeno central do estudo (APÊNDICE C). O mesmo foi encaminhado por email para cinco membros, sendo dois enfermeiros com ampla vivência no processo de doação e transplante de órgãos e três com experiência no método. A partir da validação, surgiram contribuições quanto ao nome de algumas categorias, as quais foram acolhidas, determinando a configuração final do modelo teórico.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender aos critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde que prescreve sobre a ética na pesquisa com seres humanos no país. Foi solicitada inicialmente a autorização à Central de Transplantes – SC Transplantes para a realização da pesquisa (ANEXO A), com resposta favorável (ANEXO B).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Sistema CEP/CONEP - Plataforma BRASIL do Comitê de Ética Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Foi necessário submeter em um outro comitê de ética devido a universidade naquele período estar em greve. Desse modo, essa pesquisa obteve duas aprovações: a primeira aprovação foi do HIJG mediante o CAAE: 31929414.2.0000.5361 (ANEXO C), seguida da UFSC mediante o CAAE: 32929714.4.0000.0121 (ANEXO D).

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e a metodologia do estudo, bem como foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) para ser lido e compreendido, e, posteriormente, ser assinado em duas vias, ficando uma via com o participante. Destaca-se que foi garantida a eles a liberdade de participar, como também de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalização alguma. Da mesma forma, foi garantido a confidencialidade da identidade dos participantes e das informações coletadas.

Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os nomes deles foram substituídos por um código, ou seja, pela letra E (Entrevista) seguida de um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E1, E2, E3, E4 a E36). Todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas para preservar suas identidades.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados da pesquisa estão apresentados no formato de dois artigos científicos, conforme estabelece a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC).

4.1 MANUSCRITO 2: GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Resumo: Teoria Fundamentada nos Dados com o objetivo de construir um modelo teórico da gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos em um estado brasileiro a partir dos significados atribuídos pelos profissionais de saúde atuantes nesse contexto na perspectiva do pensamento Lean. Os dados foram coletados de julho de 2014 a outubro de 2015 por meio de entrevista semiestruturada com 36 participantes distribuídos em três grupos amostrais e analisados mediante codificação aberta, axial e seletiva. O contexto da gerência do cuidado configura-se como complementar e interdependente exigindo competências atitudinais, teóricas e relacionais do enfermeiro. A temporalidade e o acolhimento da família foram algumas das condições intervenientes destacadas, e como estratégias a educação permanente, padronização e monitoramento do processo. O desenvolvimento da cultura da doação de órgãos como consequência. A gerência do cuidado contribui para a agilidade e melhoria da qualidade da assistência, fundamentando a prática a partir dos preceitos técnicos, científicos, éticos.

Descritores: Gerência. Cuidados de enfermagem. Gestão da qualidade. Obtenção de órgãos e tecidos. Transplantes.

Introdução

O processo de doação e transplante de órgãos e tecidos é uma opção terapêutica segura e eficaz no tratamento de doenças crônicas terminais que causam insuficiências e falências de órgãos como o rim, coração e fígado. É capaz de prolongar a vida de pacientes, melhorando a qualidade e perspectiva de vida das pessoas acometidas por tais doenças (MATTIA et al., 2010). Ele inicia com a morte do doador devido a parada cardíaca ou morte encefálica (ROYO; ROQUE, 2012), ou pode acontecer com o doador vivo.

No caso de ser um doador falecido, o enfermeiro responsável pelo processo de doação de órgãos e tecidos desenvolve ações de planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador cadáver, ou seja, em ME, bem como, planeja e implementa ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Nesse cenário, a Enfermagem é essencial para garantir o sucesso do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, pois possui meios que possibilitam a congruência da ação organizacional, por meio de recursos administrativos, dos conhecimentos, habilidades e atitudes em gestão sendo capaz de promover um ambiente adequado à realização da doação e transplante (CINTRA; SANNA, 2005; MENDES et al., 2012).

O Brasil possui atualmente o maior programa público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, sendo que o Sistema Nacional de Transplantes está presente em todos os estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes, entre 30 países que se destacam na realização de transplantes, o Brasil é o segundo em número absoluto de transplantes renais e hepáticos (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2014). Até setembro de 2015, o Brasil realizou 5.891 transplantes, sendo 1.021 de doador vivo e 4.870 de doador falecido. As regiões Sul e Sudeste concentram o maior número de transplantes. Na região Sul, o estado de Santa Catarina é líder nacional de doação de órgãos, com a melhor taxa de doadores efetivos de 30,3 por milhão de população (pmp) e de efetivação (41,0%) (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015).

Nos serviços de saúde são prestados e consumidos serviços. Mais especificamente na Enfermagem são oferecidos cuidados, visando o restabelecimento da saúde do ser humano e o atendimento de suas necessidades como “produto final” (ERDMANN, 1996).

O pensamento lean pode acrescentar conhecimento aos processos de produção para torná-los modelos de negócio sustentáveis. Pode ser definido como uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação do desperdício nos processos produtivos, tendo como foco principal agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera como valor (GRABAN, 2011). É um modelo de gestão que tem despontado como um referencial para o alcance da qualidade assistencial aliado a melhoria contínua dos processos em saúde. Em outras palavras, Lean é a maximização do valor para o cliente por meio de um processo eficiente e sem desperdícios que busca desenvolver boas práticas de gestão, redução do desperdício e aumento do valor por meio de uma cultura de melhoria contínua (PINTO, 2009; SIMÕES, 2009).

Entende-se a doação de órgãos e transplante, como um processo produtivo complexo que envolve múltiplas relações/interações entre os atores envolvidos, sejam eles médicos, enfermeiros, familiares, doadores e receptores, que necessita manter um fluxo contínuo de cuidado, sem desperdício de tempo e recursos, tanto material quanto humanos e que as ações de cuidado aconteçam no lugar certo e no momento certo com o intuito de garantir que o produto desse processo seja a proteção e perfusão dos órgãos especificamente, de modo a oferecer o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados.

Na literatura científica, o processo de doação e transplantes de órgãos tem sido estudado nos aspectos da atuação do enfermeiro (SOUZA et al., 2014; ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013); ao processo de doação e transplantes em si por meio de revisão de literatura (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010; ROZA et al., 2010); dos obstáculos existentes no processo (MORAES et al., 2015) relacionados questões familiar, seja a entrevista ou recusa da doação (LIRA et al., 2012; SANTOS; MASSAROLLO, 2011; DALBEM; CAREGNATO, 2010; RECH; RODRIGUES FILHO, 2007;) e conflitos éticos (LIMA, 2013). No entanto, observa-se que existe uma lacuna no conhecimento relacionada sobre como acontece a prática da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos. Aliado a isso, existe escassez nas pesquisas no Brasil que propõem novos modelos e métodos gerenciais em enfermagem, como foi evidenciado no estudo desenvolvido por Munari et al. (2011).

Acredita-se ser possível incorporar o pensamento lean a gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos para oferecer agilidade e qualidade ao mesmo.

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: como a gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos é vivenciada e significada pelos enfermeiros e demais profissionais atuantes nesse contexto no Estado de Santa Catarina?

Assim, este estudo teve por objetivo construir um modelo teórico da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos a partir dos significados atribuídos pelos enfermeiros e profissionais de saúde inseridos nos serviços de doação e transplante de um estado ao Sul do Brasil.

Método

Pesquisa qualitativa que utilizou como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). É um método de pesquisa que tem como propósito a construção de uma teoria sustentada nos dados que busca a compreensão do fenômeno a partir da realidade na qual está inserido pela identificação, desenvolvimento e relação dos conceitos, por meio da análise comparativa que está intimamente relacionada com a coleta de dados (STRAUSS, CORBIN, 2008; GOMES et al., 2015).

O cenário da pesquisa foi uma central de transplantes localizada no sul do Brasil que tem como função coordenar as atividades no âmbito estadual, centralizando e coordenando as ações que envolvem captação e transplante no estado, e o gerenciamento das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos, nos processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos, além de formular políticas de transplantes para o estado. Vinculados a essa central existem 45 Comissões Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

A seleção dos participantes foi realizada de acordo com a amostragem teórica. O primeiro grupo amostral foi composto por nove enfermeiros que desempenhavam suas atividades na equipe técnica da Central de Transplantes, sendo um enfermeiro coordenador. O critério de inclusão para esse grupo amostral foi ser enfermeiro, e estar atuando na central de transplante no mínimo seis meses. Após a análise dos dados do primeiro grupo amostral, compreendeu-se que os enfermeiros da Central de Transplantes compartilham da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos com os profissionais da CIHDOTT, pois são eles que fazem a “ponte”, a articulação nos hospitais gerenciando diretamente o cuidado ao potencial doador para que a doação se concretize.

Dessa forma, estabeleceu-se o segundo grupo amostral, na intenção de se compreender como os profissionais de saúde da CIHDOTT exercem a gerência do cuidado neste nível; quais atitudes são

assumidas para fortalecer o trabalho em equipe e facilitar o processo de doação e transplante; como abordam a família para oportunizar a doação, bem como lidam com o tempo nesse processo. Esse grupo amostral foi composto por 15 profissionais de saúde (médico e enfermeiros) que desenvolviam suas atividades nas CIHDOTT. Selecionou-se as três CIHDOTT que mais notificaram morte encefálica no estado até junho de 2015, sendo identificadas como CIHDOTT I, CIHDOTT II, CIHDOTT III. Além dessas, foi incluída uma que pouco notificava ME, sendo identificada como CIHDOTT IV.

A análise dos dados do segundo grupo amostral permitiu a compreensão de que a gerência do cuidado é realizada conjunta e complementarmente com os profissionais dos serviços de emergência e UTI, locais potenciais de pacientes em morte encefálica. As falas dos participantes apontaram que sem a existência da integração e envolvimento desses profissionais com o processo de doação e transplante a gerência do cuidado fica comprometida. Destacaram ainda sobre a “a corrida contra o tempo” na gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e que cada profissional vivencia essa temporalidade de modo diferente. O tempo do enfermeiro da central é diferente daquele que atua na CIHDOTT, na UTI, na emergência. Que por sua vez é diferente dos outros profissionais, como do cirurgião captador, do cirurgião do transplante. O que diferencia esse tempo vivido dos profissionais?

Assim, o terceiro grupo amostral foi composto por enfermeiros que atuam em setores de UTI e emergência. Considerou-se importante compreender como acontece a gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos nesses setores e como são estabelecidas as relações de trabalho em equipe. Para entender a temporalidade do processo, além dos enfermeiros atuantes nesses setores, entrevistou-se um médico captador de órgãos e um médico gestor do processo de doação e transplante. Integraram esse grupo amostral 12 participantes, sendo 10 enfermeiros assistenciais de UTI e emergência, um médico gestor da central de transplante e um médico cirurgião da equipe captadora de órgão. Assim, o tamanho da amostra foi determinado pela saturação teórica dos dados, totalizando 36 entrevistas.

Os dados foram coletados nos meses de julho de 2014 a outubro de 2015 utilizando-se como técnica a entrevista semiestruturada sendo direcionada pela seguinte pergunta norteadora: Fale-me como você gerencia o cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos.

As entrevistas foram individuais, áudio gravadas em meio digital, transcritas logo após terem sido realizadas. Foram revisadas

minuciosamente, comparando-se o texto com o áudio a fim de verificar se alguma informação havia se perdido. O local da entrevista foi escolhido pelos participantes segundo a disponibilidade de dia e horário de cada um. As transcrições foram organizadas no *Microsoft® Office Word* e inseridas no software NVIVO®, que auxiliou no processo de codificação e organização dos dados.

A análise dos dados inicialmente aconteceu concomitantemente com a coleta de dados, sendo utilizado o método da análise comparativa. Para esta etapa realizou-se, primeiramente, a leitura minuciosa da entrevista impressa com o intuito de identificar as principais ideias e colocar ao lado de cada parágrafo uma palavra para facilitar no momento da codificação. Em seguida, em uma folha de papel A4 foram separadas as palavras/ideias destacadas no intuito de auxiliar na síntese da entrevista. Após, foram elaborados diagramas e memorandos da entrevista. Para finalizar, foi realizada a codificação da entrevista e depois a mesma foi arquivada em uma pasta catálogo.

A codificação compreende três etapas: a aberta, axial e seletiva. A codificação aberta permitiu os dados brutos da entrevista serem analisados linha a linha, o que possibilitou a construção dos códigos preliminares. Após o processo de análise comparativa, esses códigos foram agrupados segundo similaridades e diferenças, originando os conceitos, que novamente foram reorganizados e agrupados possibilitando o desenvolvimento das categorias. Uma vez desenvolvidas as categorias, elas foram comparadas entre si com o objetivo de alcançar explicações mais claras acerca do fenômeno estudado. Esse procedimento configurou a codificação axial, que buscou desenvolver sistematicamente as categorias e relacioná-las. Para classificar e organizar as conexões emergentes entre as categorias, Strauss e Corbin (2008) propõem um esquema organizacional chamado modelo paradigmático, composto pelos componentes: contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e as consequências.

Na etapa seguinte, conhecida como codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas foram refinadas e integradas até o desenvolvimento da categoria central. Ressalta-se que em todo o processo analítico foram construídos 38 memorandos e 16 diagramas.

Ao final do processo de análise, emergiram cinco categorias e 19 subcategorias que sustentam o fenômeno.

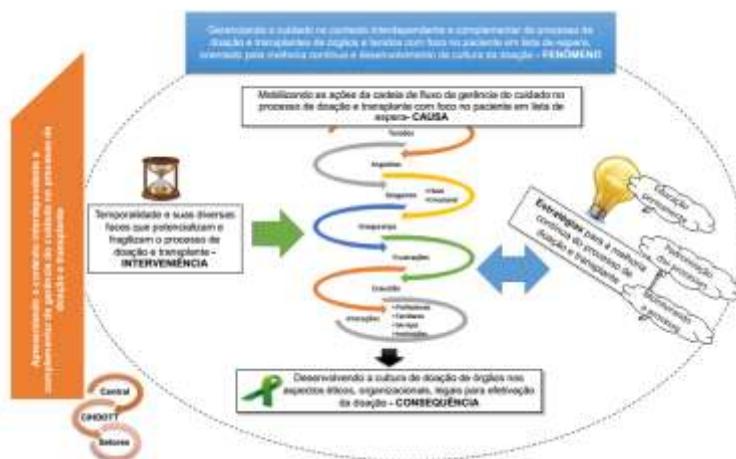
Após a construção do modelo teórico procedeu-se a sua validação, com dois enfermeiros com experiência no processo de doação e transplantes de órgãos e três pesquisadores com expertise no método.

A pesquisa foi submetida ao Sistema CEP/CONEP- Plataforma BRASIL, sendo aprovada mediante o CAAE: 31929414.2.0000.5361. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, os seus nomes foram substituídos por um código, ou seja, pela letra E (Entrevista) seguida de um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E1, E2, E3, E4 a E36). Todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas para preservar suas identidades.

Resultados

A organização e a relação das categorias e subcategorias nos cinco componentes do modelo paradigmático permitiram revelar o fenômeno ***“Gerenciando o cuidado no contexto interdependente e complementar do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos com o foco no paciente em lista de espera, orientado pela melhoria contínua e desenvolvimento da cultura da doação”***. A seguir apresentaremos as categorias com as suas respectivas subcategorias na figura 21.

Figura 21 - Representação gráfica do modelo paradigmático. Florianópolis, 2015.



Fonte: elaborado pela autora.

A categoria “Apresentando o contexto complementar e interdependente da gerência do cuidado no processo de doação e transplantes” refere-se ao componente contexto do fenômeno central.

A gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos acontece em três contextos diferenciados: Central de Transplantes, Comissão Intrahospitalar de Doação Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e nas unidades hospitalares, principalmente na UTI e Emergência. Esses contextos se configuram como interdependentes e complementares, uma vez que existem vários profissionais envolvidos que necessitam estar articulados para identificação e realização do cuidado ao potencial doador. Referem que a Central de Transplantes é a responsável por fazer toda essa configuração complexa fluir, como descrito nos relatos abaixo:

O processo de doação e transplante é complexo porque depende de várias cabeças, pessoas e profissionais e cada um voltado para seu negócio [...]. É quem capta, é quem vai fazer o transplante, quem acompanha o diagnóstico de ME, equipe multiprofissional da central que faz toda a parte de acompanhar o processo diagnóstico e, depois se tiver a aceitação, informa quem será o receptor. Se parar para pensar o nível dessa complexidade, vemos que é muito alto. Ainda tem a família do doador que quer o corpo, o médico quer fazer o transplante e as outras equipes querem também fazer sua parte. É muito complexo. É muito simples no papel. Mas na hora de fazer isso acontecer... A central de transplante faz o processo acontecer. Nós estamos por trás dos bastidores para o processo acontecer (E7).

O processo é complexo uma vez que envolve muitas pessoas, não depende só de mim (E14).

Para atuar em cada um desses contextos, os enfermeiros destacam as competências necessárias para a gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos. Como competências atitudinais afirmam que o enfermeiro tem que ter iniciativa para a busca do potencial doador, ser líder, educador, ético, ter disponibilidade para ajudar nas etapas do processo, respeito e sensibilidade para abordar a família.

Ele não está ali para esperar e ser acionado. Ele tem que ter iniciativa. Ao meu ver, dentre as qualidades que ele tem que trazer a questão de liderança do grupo e de fazer entender o porquê aquilo está sendo feito e a finalidade (E12).

Depois eu também tenho que me disponibilizar em ajudar, por exemplo na emergência, porque as vezes eles não sabem abrir um protocolo. Às vezes eles precisam de alguém para estar junto durante o teste clínico. Eu preciso estar disponível para ajudar (E16).

É fundamental que o enfermeiro da CIHDOTT e os demais enfermeiros da unidade, tenham iniciativa, sensibilidade para com a família e para tratar com esse paciente que está morto (E17).

Acho que ética, respeito, humildade, a pessoa se preocupar com o próximo (E29).

Como competências teóricas e relacionais, os enfermeiros referem que é fundamental o conhecimento da legislação e de toda a parte técnico científica para a condução do processo de doação, bem como estabelecer relações amistosas com a equipe e a boa comunicação:

O enfermeiro tem que saber das portarias, não só da legislação do transplante, mas toda parte técnica e científica do processo [...]. E por isso que mais uma vez eu digo que o enfermeiro da central tem que ter o conhecimento técnico, científico, humano, relacionamento interpessoal porque ele lida diretamente com os profissionais (E1).

Mas com esse conhecimento que o enfermeiro traz, pois ele é um enfermeiro preparado e juntamente com sua equipe, ter essa integração, esse bom convívio com a equipe médica, por ser um diagnóstico médico. Mas, não deixar de se posicionar. Eu acho que não deve ser uma postura

de imposição porque eu acho que não funciona (E12).

Eu acho que a comunicação mesmo é a prioridade. A comunicação entre a central que vai passar por mim e eu vou falar com o médico e pedir para ele fazer isso e aquilo, eu que vou correr atrás do serviço de apoio e pedir para que eles agilizem o processo (E13).

Além disso, destacaram que para atuar na gerência do cuidado do processo de doação e transplante é preciso desenvolver habilidades para lidar com as intercorrências e com o emocional, pois trata-se de um contexto que traz em si a imprevisibilidade e o sofrimento do outro e o enfermeiro precisa saber agir em cada uma dessas situações.

Dentro desse humano é óbvio que deve ter habilidade de lidar com as intercorrências, de saber o que está acontecendo num determinado momento e ter um *feeling* para agir. O enfermeiro também tem que trazer o equilíbrio emocional, pois não é um momento qualquer. Temos que saber o que fazer em cada hora para a saúde desse órgão (E1).

Para trabalhar com essa imprevisibilidade do processo de doação e transplante, eu trabalho com descontração, pois é muito estressante e de muita responsabilidade. Brinco com os profissionais no telefone no sentido de falar coisas agradáveis para não ser uma cobrança. Temos que ter muita simpatia, jogo de cintura, amabilidade até para não ficar muito pesado (E6).

Revelando o contexto da central de transplantes é outra subcategoria que sustenta o componente contexto. O fluxo da gerência do cuidado realizado pela central de transplante está voltado para regulação do processo de doação e transplante, buscando a segurança no diagnóstico e na manutenção do potencial doador. Os enfermeiros atuantes neste contexto organizam-se em três escalas de trabalho para gerenciar o cuidado nas 24 horas. É importante ressaltar que existe uma

divisão das atividades em cada turno. Ou seja, existem três tipos de atividades que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro em cada turno que são o acompanhamento do protocolo de ME que está voltado para a doação de órgãos; disponibilização de córneas que é denominado como PCR (parada cardiorrespiratória) e a checagem da documentação. Se algumas dessas atividades estiverem com maior demanda existe ajuda mútua entre os enfermeiros, de modo a priorizar a gerência do cuidado no protocolo de ME, como sinalizam as falas a seguir:

Nós temos praticamente três escalas. A primeira escala é de segunda a sexta dois períodos, manhã e tarde, é dividido três enfermeiros na manhã e quatro a tarde. Tem a segunda escala que é plantão, que nós trabalhamos de segunda a sexta, plantões noturnos e sábados domingos e feriados dia e noite. Junto com esses processos dos plantões que é a segunda escala. E a terceira escala seriam os sobreavisos por que, já aconteceu e não é raro acontecer, ter vários protocolos de ME abertos, e ter várias doações ao mesmo tempo e um profissional só não tem como dar conta (E1).

Nós trabalhamos como gerenciadores do processo. Nós recebemos as informações e fazemos o monitoramento, três ou quatro vezes por dia, de hemodinâmica, exames laboratoriais, de como está o andamento do processo e toda a parte documental. Nós conversamos com a CIHDOTT quantas vezes forem necessárias. Quando percebemos, naqueles momentos de monitorização hemodinâmica ou da bioquímica, que tem alguma coisa que não estar sendo feito e pode ser melhorado, conversamos com o profissional que estamos em contato da CIHDOTT e pedimos para ele tentar conversar com o intensivista para ver o que pode ser ajustado (E2).

Se tem quatro ou cinco pessoas num mesmo plantão, vamos fazer as atribuições no período para cada enfermeiro. Então foi feito essa escala durante a semana dividindo no período da manhã quem está com o ME, PCR ou documentação (E3).

É evidente que um ajuda o outro quando uma das atividades (PCR ou ME) está muito puxada, quando existe uma demanda muito grande elegemos por prioridade (E4).

O trabalho do enfermeiro da central de transplante é caracterizado como complementar e está articulado ao trabalho desenvolvido pela CIHDOTT. A central oferece suporte clínico, orienta a CIHDOTT para a tomada de decisão clínica, bem como garante que os preceitos legais em relação ao processo de doação e transplantes sejam cumpridos.

O paciente estava em choque séptico e a equipe da CIHDOTT não atentou para isso. A colega plantonista da central identificou e avaliou o processo de ME, passou a informação para o nosso médico de sobreaviso, que confirmou realmente o choque séptico. Nós avisamos ao médico da CIHDOTT. Ele afirmou que realmente não tinha percebido. Esse exemplo mostra que o enfermeiro da central identificou (E1).

Quando for necessário, nós conversamos com o sobreaviso médico da central, que é um apoio aqui na Central, e ele entra em contato com o emergencista ou intensivista para tentar adequar esse cuidado. Depois de um certo tempo, nós ligamos para ver como está a situação do paciente. É bem legal porque conseguimos ver os resultados quando fazemos essa troca. E da mesma forma que nós ligamos e conversamos com eles, eles também nos ligam. Às vezes, nós recebemos ligações daqueles hospitais onde não é costume abrir protocolos para tirar dúvidas conosco ou com os médicos da central. O acompanhamento é daqui para lá, de lá para cá para poder melhorar o cuidado. E nós observamos os resultados bem positivos (E2).

Durante todo esse processo para acontecer a doação, nós fazemos um trabalho rigoroso junto com a equipe da CIHDOTT de orientação, pois

temos muito cuidado em orientar principalmente na abordagem da família, bem como toda a parte documental realmente como manda a lei e assegurar que ela esteja corretamente preenchida, assinada pelo médico, neurologista, enfermeiro da CIHDOTT. Além disso verificar as provas gráficas que são os diagnósticos que comprovam a ME, até se realmente está escrito no papel corretamente quais os vasos verificados na prova gráfica, que tem ou não perfusão, para assegurar que realmente temos um prontuário de um doador dentro do que a lei pede, exatamente para não termos nenhuma margem de erros para darmos um diagnóstico incerto (E7).

A subcategoria conhecendo o contexto da CIHDOTT revela o fluxo da gerência do cuidado neste serviço. Os enfermeiros da CIHDOTT estão nos hospitais buscando identificar os pacientes com suspeita de ou em ME. Eles acompanham de perto o cuidado oferecido a este paciente, como também auxiliam e agilizam a realização dos exames para fechar o protocolo de ME, juntamente com os profissionais dos serviços de emergência e UTI. Além disso, acolhem a família do potencial doador e mantem a central de transplantes ciente do processo. Os profissionais da CIHDOTT revelam que quem cuida diretamente do paciente é o enfermeiro que atua no setor onde o paciente está internado.

A gente gerencia todo o protocolo do diagnóstico de ME. Essa é a nossa primeira missão, abrir o protocolo para o diagnóstico. Depois do diagnóstico feito vem a outra etapa, entrevista familiar e a doação. Então gerenciamos todo esse processo desde a abertura do protocolo até a finalização com sucesso que seria a doação de órgãos. Como membro da CIHDOTT nesse momento do processo de abertura de protocolo até o final que seria a doação de órgão, o enfermeiro da CIHDOTT não está envolvido no cuidado direto ao paciente (E16).

A CIHDOTT não assume o paciente. O que a gente faz é orientar os profissionais do que precisa ser feito. Mas a gente não faz nada no paciente. Só a parte dos testes que a gente auxilia ao médico quando está fazendo. Mas toda a parte de

manutenção é com enfermeiro. Se o paciente está na emergência é o enfermeiro da emergência, o que a gente faz é orientá-los (E29).

Destaca-se ainda nessa subcategoria que em todas CIHDOTT's do estudo os enfermeiros têm conjunção de responsabilidades, ou seja, exercem atividades na CIHDOTT e em outros setores do hospital, como na UTI:

Como a gente não é exclusivo da CIHDOTT vai acontecer dias em que eu vou estar de sobreaviso na CIHDOTT e vou estar de plantão na UTI (E13).

As enfermeiras de sobreaviso têm outras funções. Eu coordeno o setor de transplantes e a outra enfermeira é coordenadora da UTI. Fora do nosso horário de trabalho a gente participava do trabalho da CIHDOTT (E29).

Nós temos acúmulo de função, nós não somos exclusivos, nós somos cada um do seu setor mais a função da CIHDOTT. A gente concilia os dois (E32).

Descrevendo o contexto das unidades hospitalares é a terceira subcategoria que sustenta o componente do contexto e retrata o fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplantes nos setores de UTI e emergência. São fluxos diferenciados em que na UTI o cuidado “flui mais naturalmente” devido aos profissionais cuidarem com frequência do paciente em ME e logo estão mais familiarizados com as peculiaridades desse cuidado em relação a emergência. E ainda na emergência a demanda do setor prejudica o atendimento a esse paciente:

Na emergência a gente sempre tem mais dificuldade para gerenciar esse processo. Bom aqui na UTI, os médicos eles já estão bem acostumados com esse processo de morte encefálica [...]. É bem difícil abrir um protocolo na emergência, é muito ruim, tanto para eles, tanto para gente, quanto para os pacientes, quanto para família. É ruim para todo mundo. O ideal mesmo

é que ele esteja mesmo em uma unidade de críticos, como a UTI (E16).

A gerência do cuidado no processo de doação e transplante na UTI é bem organizada toda essa parte do sistema, porque eles têm uma agilidade. O paciente é potencial doador, os profissionais da UTI agilizam nos testes, encaminham a radiografia, já vê quem está no sobreaviso da CIHDOTT, agiliza o primeiro teste, faz um contato com a família, marca uma reunião. Acho que funciona bem porque é organizado. [...] O fluxo é muito bem estruturado, a organização é boa, e quem dá uma base é o pessoal do CIHDOTT (E20).

É um trabalho complicado. Temos muitos outros pacientes na sala de reanimação. Além dos que já estão internados, tem os que estão chegando, que a gente tem que atender todos que vem via SAMU ou bombeiro. Então fica um trabalho bem prejudicado. Eu acredito que, às vezes, falho, porque a gente não consegue fazer o cuidado do paciente em morte encefálica direito, em função de todas essas tarefas que temos para fazer dentro da emergência (E23).

A categoria “mobilizando as ações da cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplantes com foco no paciente em lista de espera” configura-se como condição causal do fenômeno. O paciente em lista de espera é o foco de toda a gerência do cuidado no processo de doação e transplante, porque a necessidade desse paciente por órgãos faz com que as equipes mobilizem todas as ações de cuidado para efetivação da doação e do transplante, o que pode ser visto nas seguintes colocações:

Nosso objetivo é de proporcionar uma melhor sobrevida a esse paciente que está em lista de espera (E3).

O grande objetivo desde o momento que a equipe oferece para a família a possibilidade da doação desses órgãos é aceitar e atender os pacientes que estão numa fila (E5).

O objetivo de toda a gerência do cuidado neste processo é dar oportunidade de uma pessoa viver. Porque o receptor está correndo contra o tempo. Dar uma chance para aquela pessoa ter uma vida melhor, estar com a família, estar com quem ama, essa esperança (E7).

As ações da cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplantes são representadas pelas seguintes subcategorias: identificando o potencial doador por meio da busca ativa; Notificando a abertura do protocolo de ME e a confirmação do diagnóstico de ME; Realizando a manutenção e validação do potencial doador; Fazendo a abordagem familiar; Conferindo a documentação; Organizando a logística e distribuição de órgãos e tecidos, conforme pode ser constatado nas falas abaixo:

Existe um processo de busca ativa que é diária que tanto nós fazemos aqui no hospital quanto a central faz com a gente. E a partir do momento que abre um protocolo a gente comunica no mesmo momento a central e avisamos que estamos providenciando os papéis e preenchendo as documentações (E8).

Agora acabamos de implantar um sistema de busca de doadores nos quais as CIHDOTTs têm que pelo menos três vezes ao dia ir até uma unidade do hospital que tenha ventilação mecânica, ou seja, onde se pode encontrar um potencial doador e notificar a central através de um sistema informatizado a presença ou não de potenciais doadores nesses locais (E35).

Eles nos notificam sobre a abertura de um protocolo [...] A gente checa se a pessoa teve um

teste de apnéia acima ou igual 55 mmHg o que caracteriza a abertura de um protocolo de ME. [...] O protocolo é considerado concluído quando dois testes clínicos num intervalo mínimo de seis horas entre um e outro cuja gasometria é superior a 55mmHg é considerado positivo e entre esses dois ou após o segundo teste é feito uma prova gráfica. Então é considerado o paciente em ME. A partir desse momento as equipes dos hospitais que são treinadas e capacitadas farão a entrevista com a família para ver se estão interessadas em fazer a doação (E4).

Acompanhamos o resultado de exames principalmente sódio, creatinina, uréia, a função renal. Fazemos esse acompanhamento e caso dê alguma alteração, a gente precisa informar essa alteração. Vamos mantendo o potencial doador para manter os órgãos com a maior qualidade possível. Por isso esse manejo tem que ser muito bem feito para que órgãos se mantenham bons, para o receptor receber um órgão bom, bem perfundido (E16).

Após a abordagem familiar, caso haja o aceite, a família assina termo de autorização. Em seguida, passo um fax ou email deste documento para a Central para eles correrem com toda a parte da logística e sorologias (E10).

A categoria “temporalidade e suas diversas faces que potencializam ou fragilizam o processo de doação e transplante” interfere no fenômeno central. Os participantes do estudo revelaram a existência de tempos peculiares ao processo de doação e transplante como o tempo do processo, o tempo da família e o tempo do profissional.

O tempo do processo refere-se ao tempo necessário para realizar as ações da cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplante que inicia com a identificação do potencial doador e finaliza com a organização da logística e distribuição dos órgãos. Pode durar horas ou dias para ser concluído e toda essa cadeia de fluxo tem repercussão direta na efetivação da doação:

Acabamos perdendo muito paciente em morte encefálica pela demora do processo de fechar realmente o diagnóstico e não conseguimos efetuar a doação (E24).

Depois que concluir o diagnóstico, é bem importante, correremos contra o tempo para estar organizando toda a equipe, se for para a doação, captação. É uma corrida contra o tempo porque não depende só de nós, a gente depende dos médicos, depende da família, que estipula quanto tempo eles querem para estar tendo esse corpo, para fazer o funeral. É a questão da família mesmo. A partir do momento que a gente tem a entrevista concluída, começamos uma nova corrida contra o tempo para estar fazendo a fase final (E31).

O tempo do profissional é o tempo direcionado para a manutenção do potencial doador e a organização da logística. Esse tempo é desafiante, tenso, exaustivo, estressante, angustiante, às vezes, frustrante. Os participantes referiram que “correm contra o tempo” para atender a necessidade do paciente que está em lista de espera com um órgão de qualidade. Mas, respeitam o tempo da família, pois é ele que conduzirá todo o processo:

[...] para nós (profissional) o tempo voa, o tempo é nosso inimigo (E8).

Trabalhar com o tempo é uma ambiguidade, nós temos que dar tempo para a família assimilar a morte e ao mesmo tempo acelerar antes que ocorra a parada cardíaca. O processo de doação de órgãos é corrida contra o tempo, nós temos que correr para fazer tudo mais rápido e quanto menor o tempo para captar esses órgãos, melhor qualidade de enxerto, melhor sobrevida do receptor (E17).

Normalmente a gente consegue se organizar dentro daquele tempo que a comissão intra-hospitalar conversou com a família do doador, a gente consegue sabendo mais ou menos o tempo

que a gente precisa para fazer o trabalho de explante em si. A gente se organiza dentro disso, com uma tolerância, para começar um pouco antes e ter uma folga, mas claro, como a gente viaja para um hospital que não é o da tua rotina, muitas vezes durante o dia o centro cirúrgico superlotado, várias cirurgias, as vezes te angustia ali porque a gente as vezes chega no local e não consegue começar a cirurgia da captação exatamente quando a gente gostaria (E36).

Mas precisamos muito trabalhar no tempo da família [...] o tempo quem mais determina é a família que o próprio profissional (E31).

Antes a gente levava muito em consideração o tempo da captação, o tempo do potencial doador, hoje a gente viu que o tempo maior é para a família porque se a gente tentar correr contra o tempo da família na maioria das vezes vai ter uma negativa familiar (E34).

Destacando os múltiplos entraves que repercutem na temporalidade do processo e distinguindo as facilidades para dar fluidez à temporalidade do processo são subcategorias que sustentam as condições intervenientes. Os principais entraves que interferem na temporalidade do processo de doação e transplante são: pouca cooperação e sensibilização dos profissionais para cuidar do potencial doador, pouca capacitação dos profissionais, atrasos, escassez de recursos materiais e humanos, logística, ausência da participação no CIHDOTT no setor. Isso pode ser evidenciado nas falas abaixo:

Esse ano teve um caso que a família me pediu o corpo meio dia, a gente foi entregar o corpo às 14h30min, porque o cirurgião chegou atrasado. Ao meio dia o cirurgião falou que tinha finalizado a parte dele. Ele contou apenas o tempo da captação. Mas, tem que fechar o paciente, tem que arrumá-lo (E15).

O neurologista para o segundo exame, às vezes, é meio complicado da gente conseguir também. Algumas vezes eles não estão no hospital, tem que vim de fora, e acaba atrasando um pouco o processo (E13).

O tempo estava péssimo, não tinha condição de pousar nenhuma aeronave em Chapecó e a gente tinha seis horas para captar [...]. É muito mais fácil quando a captação é na região do litoral que tem muito mais alternativas. No meio oeste já é mais complicado a questão de transporte aéreo que as vezes o tempo (condições climáticas) atrapalha (E35).

É bem complicado mesmo, e nem sempre a CIHDOTT está presente com a gente. As vezes a gente liga para avisar que tem um paciente que os médicos estão suspeitando de morte encefálica, antes de fazer os testes, as vezes a gente não tem o respaldo da CIHDOTT. Quando não tem fica mais precário ainda, mais difícil de fazer o cuidado (E23).

Na subcategoria distinguindo as facilidades para dar fluidez à temporalidade do processo os participantes afirmam que o acolhimento e o estabelecimento do vínculo com a família desde o momento da internação, o conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao processo, a mídia, o apoio técnico para a tomada de decisão, a disponibilidade de infraestrutura e recursos materiais podem contribuir para a fluidez no processo, como pode ser observado nas falas abaixo:

A atitude que deve ser assumida pelo enfermeiro para facilitar a gerência do cuidado é o acolhimento da família. Desde quando o paciente

colocou o pé dentro do hospital, desde a portaria com o vigilante. Porque se a família, lá na portaria já é mal recebida, ela já entra aqui insatisfeita. E para a gente reverter esse processo é demorado. [...] O acolhimento é essencial por toda a equipe, não só a equipe de enfermagem, não só a equipe médica, mas desde a equipe toda do hospital (E32).

Eu acho que a primeira coisa que pode fortalecer e facilitar o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos é a comunicação, o conhecimento do processo pelos profissionais, não só pelos profissionais da CIHDOTT, mas por todos os profissionais da UTI, dos médicos. [...] a sensibilização do serviço de apoio para quando eles verem que o laudo é do paciente que está em protocolo de morte encefálica de que eles têm que agilizar o processo, que infelizmente é uma corrida contra o tempo então eles têm que fazer isso mais rápido (E13).

A gente consegue alcançar as pessoas é através da imprensa. Nossa comissão tem uma parceria muito estreita com jornal local, rádio, TV. Eventualmente a gente pega um espaço para falar um pouco sobre doação, quando tem uma doação completa de múltiplos órgãos eles vão lá para fazer a cobertura e isso influencia muito a opinião da população (E17).

Na categoria “Estratégias para a melhoria contínua do processo de doação e transplantes” são evidenciadas as estratégias implementadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado.

A subcategoria Educação permanente como ferramenta de gestão para a melhoria e espaço de troca de experiências entre os profissionais aponta que a capacitação dos profissionais é um dos pilares para o sucesso do processo de doação e transplante, bem como oportuniza a troca de experiências entre os profissionais, como descrito nas falas a seguir:

Em um segundo momento, aproximar essas comissões com menos experiência daquelas com mais experiência para que possa haver a troca e dizer como dentro da instituição eles criaram um protocolo para esses pacientes em ME ou até mesmo compartilhar de que forma eles fazem isso. Para que essas comissões menores possam se preparar para futuras ocasiões que isso vir a acontecer (E14).

A melhoria contínua do processo de doação e transplante de órgãos é realizada por meio dos treinamentos, das capacitações. E se é alguma coisa em relação a entrevista que é dos profissionais da CIHDOTT, fazemos reunião e pegamos os prontuários, discutimos os casos e tentamos ver a melhor forma de falar. Então é conversa, diálogo e treinamento (E29).

A chave do sucesso que percebi em pouco tempo trabalhando no sistema é o que o nosso coordenador conseguiu desenvolver, que é educação continuada dos profissionais da saúde. Isso é o segredo do sucesso no processo de doação e transplante. A gente tem educação permanente desenvolvida para todo o Estado, para todos os profissionais que trabalham em coordenação de transplante e em áreas críticas (E35).

Além da educação permanente, os enfermeiros destacam na subcategoria desenvolvendo ações gerenciais para agilizar e assegurar a qualidade do processo as estratégias e instrumentos desenvolvidos no intuito de otimizar o tempo no processo de doação, tanto pela central como pelas CIHDOTTs, como coleta da amostra de sangue do potencial doador, elaboração de escalas de sobreaviso e as reuniões técnicas, como destacado nas falas a seguir:

Quando o primeiro teste clínico para ME dá positivo, a CIHDOTT coleta uma amostra de sangue para a sorologia e uma amostra de sangue para realização de HLA com sangue periférico e nesse momento ela já envia para Florianópolis.

Essa amostra chega ao hemocentro coordenador e vai para uma geladeira de quarentena. Fica aguardando a conclusão do processo do diagnóstico de ME e a definição da entrevista familiar. [...] a amostra de quarentena [...] foi um divisor de águas em tempo de isquemia para rim e para pâncreas e obviamente para o início da captação (E11).

Nós temos reuniões frequentes, no mínimo uma por mês, temos até uma marcada para próxima semana. Procuramos nessas reuniões analisar como está o andamento, se está com algum problema ou com alguma coisa específica o que a gente pode estar fazendo para melhorar (E8).

Na subcategoria elaborando a padronização dos processos como recurso para mudança da cultura organizacional, os enfermeiros esclarecem que o desenvolvimento da gerência do cuidado no processo de doação e transplante está pautado em Procedimentos Operacionais Padrão (POP). Nele está documentado o modo como cada profissional deve agir nas etapas do processo, permitindo que os profissionais envolvidos “falem a mesma língua”. Destacam que apesar do POP ser padronizado, ele não deixa de ser individual e singular, uma vez que cada protocolo de ME é vivido por profissionais, famílias e situações diferentes:

Todas nossas atividades são baseadas nos protocolos. Tem desde a maneira de como você abre um protocolo de ME. Tudo é protocolado nos POP's que é o que direciona o nosso trabalho. [...] O POP não é fechado, nem rígido, ele tem essa abertura e flexibilidade. Os colegas falam a mesma língua (E1).

É bem tranquilo trabalhar aqui, tu segues um protocolo e é aquilo ali, não tem como fugir (E27).

Temos protocolos de cuidado para os pacientes em ME. Na verdade, boa parte já vem estruturada

da central. Tem a manutenção do potencial doador, a rotina de exames, tem as prescrições. Até aqui dentro do hospital já tem as prescrições. Temos a equipe que a gente tira dúvida, mas tem bem certinho estruturado, quais os exames que a gente precisa fazer diariamente, de seis em seis horas, quais os cuidados que precisamos estar mais atento: pressão arterial, temperatura, diurese. Tem tudo bem certinho... (E31)

A parte médica tem protocolo de toda parte de prescrição. Na verdade, usamos o da central de transplante quando fecha o protocolo de morte encefálica. Toda parte de cuidado a gente usa aquela parte que a central orienta [...] (E19).

A subcategoria monitoramento do processo de doação e transplante é outra estratégia apontada pelos participantes. Eles enfatizaram como estratégias a avaliação dos indicadores de doação e transplante para a mensuração do desempenho da central e das CIHDOTT. Ainda destacaram a importância da identificação das não conformidades e erros no processo para definição de ações corretivas e melhoria contínua, bem como da realização da auditoria do processo para garantir o cumprimento dos preceitos legais e a segurança no processo, como ilustrado a seguir:

Nós temos dois tipos de avaliações: a quantitativa e qualitativa. Nós temos as estatísticas que são feitas mensalmente até porque o Ministério da Saúde cobra essas estatísticas. São feitas através dos índices de doação comparados com os outros Estados e por milhão de população e nós vamos avaliando o número de doadores e número de transplante [...]. Quando temos algum protocolo, ou alguma coisa que foge do que preconizamos como resultado qualitativo, abrimos não conformidades. [...] O que foge do que realmente é certo, ou foge do que está descrito nos POPs ou o que acaba prejudicando ou podendo vir a prejudicar um receptor, um familiar ou algo semelhante, a gente abre o termo de não

conformidades e solicita as ações de melhoria (E2).

O monitoramento do nosso trabalho é feito pela Central e eles passam para gente através de gráficos, de tabelas. Nós conseguimos ter informação sobre a quantidade de doações e recusas. Periodicamente nós temos esse acompanhamento com uma enfermeira da central para ver como nós estamos indo, principalmente quando nós estamos tendo uma queda (E8).

A central vê que falhamos por alguma razão, ela liga, conversa com a gente, explica a situação e a gente tenta melhorar na nossa CIHDOTT (E27).

Trabalhamos também como órgão regulador, acompanhando e até de certa forma auditando cada etapa, para que tenhamos a garantia de que todos os preceitos legais sejam seguidos e que não haja nenhuma possibilidade de questionamentos e que possa colocar em risco a segurança do processo (E12).

A categoria “Desenvolvendo a cultura de doação de órgãos nos aspectos éticos, organizacionais, legais para efetivação da doação” representa a consequência do fenômeno. Essa categoria é sustentada por duas subcategorias: alcançando a doação efetiva por meio da valorização e integração da equipe e do respeito a família e enfrentando a não efetivação da doação.

Nesta categoria os enfermeiros afirmam que há dois tipos de cultura: a cultura organizacional e a cultura relacionada a questões religiosas, costumes e valores. Ambas são transversais no processo de doação e transplante. Referem que a cultura organizacional da doação é desenvolvida e fortalecida pela educação permanente, pela presença da CIHDOTT nos setores e, principalmente, quando existe a captação e o transplante de órgãos na mesma instituição, uma vez que o acompanhamento desses dois lados motiva os profissionais a cuidarem do paciente em ME e também promove o entendimento do trabalho que é realizado pela CIHDOTT, como descrito nas falas abaixo:

Como aqui é um hospital captador e transplantador [...] acho que isso acaba motivando mais os profissionais a trabalharem, porque a gente tem esses dois lados, a gente tem a parte da captação dentro do hospital e do transplante e as pessoas estão vendo que uma pessoa faleceu, e que teve uma outra pessoa que transplantou, a alegria daquela pessoa que recebeu o órgão [...] Apesar do hospital ser transplantador, há um tempo atrás tinham muitos profissionais que não sabiam o que a CIHDOTT fazia dentro do hospital. Eu acredito que existe a cultura de doação. Acho que isso foi acontecendo no decorrer dos anos, com a quantidade de transplantes que se foi fazendo no hospital, com o crescimento, evolução do hospital, com evolução dos profissionais (E29).

É diferente tu pegar um hospital Santa Isabel. A CIHDOTT daqui é diferente da de lá. A CIHDOTT de lá é forte, todo mundo trabalha em função da CIHDOTT. Os profissionais entendem a função e a importância da CIHDOTT. É outra realidade [...]. Aqui ainda estamos construindo uma cultura de doação de órgãos e transplantes (E15).

A cultura relacionada a questões religiosas, costumes e valores, e a própria ética são inerentes ao processo de doação e transplante de órgãos e fazem parte de cada pessoa devendo ser respeitadas.

Temos que respeitar a cultura. Eu acho que isso é um pouco cultural. E teve um outro caso que a paciente dizia que, como ela enxergava mal, se acontecesse alguma coisa com ela que não era para deixar doar os olhos porque não prestavam e não iria ajudar ninguém. Então, a família disse que iria doar os órgãos, mas os olhos não. [...] Se a pessoa não é doadora ou é contra, eu também não levo isso para o lado pessoal. Eu acho que nós temos que respeitar também. [...] Eu não vou ficar satisfeita de ter insistido e a família não está

segura com aquilo que decidiu [...] Não posso fazer a técnica ser soberana (E9).

As ações da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos fortalecida pela cultura institucional estabelecida com respeito às crenças e valores individuais busca a efetivação da doação como consequência. No entanto, a doação não efetiva torna-se uma possibilidade de repercussão final.

A subcategoria alcançando a doação efetiva por meio da valorização e integração da equipe e do respeito a família revela que a doação efetiva acontece quando o processo de doação e transplante de órgãos é bem gerenciado, conta com uma equipe integrada, em que todos falam a mesma língua e existe a valorização do trabalho da CIHDOTT. Além disso, a doação efetiva contribui para proporcionar o conforto ao familiar do doador:

Claro que para família perder aquela pessoa é difícil. Acredito que isso (a doação) para a família é até um conforto, porque está podendo ajudar. Eles falam que confortam mais eles o fato da doação (E20).

Hoje o trabalho só acontece porque existem as equipes. O nosso trabalho é totalmente multidisciplinar e integrado (E12).

A equipe integrada oferece um cuidado ao paciente em ME com melhor manutenção, com certeza (E25).

Em primeiro lugar para nós realmente conseguirmos desenvolver um trabalho gerencial adequado aqui em SC temos um modelo de trabalho baseado no modelo espanhol, onde nós temos a central de transplantes e dentro de cada instituição hospitalar temos pessoas envolvidas onde nós conseguimos os contatos dentro dessas instituições, que são as CIHDOTTs (E2)

Eles [profissionais da CIHDOTT] são fundamentais nesse processo, bem como os

técnicos de enfermagem, e todos os profissionais são importantes. Eles são peças importantíssimas e sem eles não existiria esse processo. Isso faz com que o negócio vá funcionando e fluindo de uma forma melhor (E19).

A subcategoria enfrentando a não efetivação da doação pode ser vislumbrada como consequência de um processo de doação mal gerenciado devido à manutenção ineficiente do potencial doador ocasionando parada cardiorrespiratória ou pela recusa familiar.

Uma das consequências do processo mal gerenciado é o mal manejo de um potencial doador. Perder esse potencial doador pela falta de manejo e de tratamento. [...] A segunda coisa é uma recusa familiar. [...]. Tem que ser tudo muito bem esclarecido para família, jogado limpo mesmo para eles compreenderem esse processo porque se eles não compreenderem vai ter recusa com certeza (E16).

As consequências de um processo mal gerenciado com certeza é uma doação não efetiva, ou uma doação até efetiva, mas com problemas. Muitas vezes os órgãos são inviáveis ou a família doa, mas chega lá o órgão já está com isquemia, já não deu certo por causa da logística (E27).

Compreende-se que o desenvolvimento da cultura do processo de doação e transplante de órgãos está sustentada e fortalecida na capacitação e envolvimento dos profissionais, no empoderamento dos profissionais para a tomada de decisão na condução clínica no potencial doador, bem como na valorização das pessoas que atuam diretamente nesses serviços.

Discussão

A gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos é desenvolvida em três níveis distintos, mas que são interdependentes e complementares, sendo eles a central de transplantes, CIHDOTT e os serviços de UTI e emergência. Em 1997, foi organizado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), como órgão central. Criaram-se também as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) para cada Estado brasileiro, também conhecidas como centrais de transplantes (BRASIL, 1997).

No intuito de melhorar a organização do processo de captação de órgãos e viabilizar a ampliação qualitativa e quantitativa no transplante de órgãos, foi estabelecida, a partir de 2001, pela portaria GM/MS nº 905/2000, a criação das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT's), as quais, baseadas no modelo espanhol, passam a ter importante papel no processo de doação e transplante. A obrigatoriedade da implantação das CIHDOTTS teve início em 2005 pela portaria n. 1752/2005 na qual ficou estabelecido que todos os hospitais com mais de 80 leitos seriam obrigados a instituir uma comissão (BRASIL, 2005). As funções dos profissionais dessa comissão baseiam-se em organizar, no âmbito hospitalar, o processo de captação de órgãos, no acolhimento da família, articulando-se com as equipes médicas do hospital, principalmente das UTIs e da emergência, bem como com a respectiva Central de Transplante (BRASIL, 2009).

A central de transplante tem a responsabilidade de coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual, gerenciar o cadastro de potenciais receptores, receber as notificações de mortes encefálicas, promover a organização da logística e distribuição dos órgãos e/ou tecidos removidos na sua área de atuação; determinar diretrizes nas diversas etapas do processo de doação de órgãos e tecidos, estabelecendo diretrizes de funcionamento, mapeando a necessidade de novas organizações de busca e participando ativamente da formação, capacitação, habilitação e educação permanente de seus profissionais (BRASIL, 2009; REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2013). Além dessas responsabilidades, o estudo revelou que o enfermeiro da central oferece suporte clínico à CIHDOTT para a tomada de decisão.

Para atuar nesse contexto complexo da gerência do cuidado no processo de doação e transplante, o enfermeiro desenvolve competências atitudinais, teóricas e relacionais. O profissional que atua no serviço de doação e transplante deve buscar o conhecimento científico sobre o processo de morte, possuir habilidade de comunicação

interpessoal, conhecer o processo de doação de órgãos e tecidos, as documentações e legislações específicas e todos os aspectos éticos que envolvem a doação de órgãos e tecidos (PARADO; DIAS; CASTRO, 2014; ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013; MASSAROLLO; MORAES, 2012; FLODEN; FORSBERG, 2009).

Além disso, o enfermeiro deve ter sensibilidade, empatia e humanidade para compreender e lidar de forma adequada com os conflitos e o sofrimento humano gerado pelo processo de doação e transplante, bem como deve continuamente atualizar o seu conhecimento, habilidades e atitudes, especialmente nesta área que está constantes mudanças e desafios (MENDES et al., 2012)

Os serviços de UTI e emergência foram os locais onde frequentemente encontraram-se os potenciais doadores de órgãos e tecidos. Estudo realizado em unidades hospitalares do Rio Grande do Norte mostrou que 35,4% dos potenciais doadores receberam assistência nos setores de emergência. Entende-se que o local indicado para que esse paciente grave receba atendimento é a UTI, uma vez que receberão cuidados intensivos que contribuirão para a melhoria da qualidade do órgão a ser transplantado. No entanto, devido à crise gerada pela falta de leitos de UTI faz com que o paciente em estado grave permaneça nos setores de emergência por dias e até semanas, fazendo com que esse setor se configure em unidades superlotadas (FREIRE et al., 2015).

As ações da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos tem como foco beneficiar o paciente que está em lista de espera. A cadeia de fluxo corresponde a todas as ações específicas indispensáveis para se transformar um potencial doador em doador efetivo.

As ações realizadas são a identificação do potencial doador por meio da busca ativa realizada pelas CIHDOTT's em unidades de internação que possuem maior possibilidade de notificação de potenciais doadores, como UTI e emergência. Após essa etapa, é iniciado o protocolo de ME buscando a confirmação desse diagnóstico por meio de dois testes clínicos neurológicos e um exame gráfico, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Medicina. A etapa seguinte é a manutenção do potencial doador com o objetivo de otimizar a perfusão dos órgãos, sendo recomendado o monitoramento contínuo dos parâmetros hemodinâmicos, do equilíbrio ácido base e hidroeletrólítico, saturação de oxigênio, débito urinário e temperatura corporal. Com a confirmação do diagnóstico de ME, a família deve ser comunicada da irreversibilidade do quadro pelo médico responsável. Em seguida, um profissional vinculado a CIHDOTT deve abordar a família para oferecer

a oportunidade da doação de órgãos por meio da entrevista familiar (PESTANA et al., 2013; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009). Pode-se inferir que dois princípios do Lean podem estar associados ao encadeamento dessas ações da gerência do cuidado que são o sistema *pull* e a otimização do fluxo os quais objetivam atender as demandas dos pacientes por meio de um fluxo contínuo de ações.

No caso de a família ser favorável à doação, prontamente a organização da logística e distribuição de órgãos e tecidos será realizada pela central. Destaca-se que é imprescindível a organização e conferência dos documentos e a comunicação com a central de transplantes em todas as etapas para que a cadeia flua sem interrupções. As ações da gerência do cuidado do processo de doação e transplante de órgãos devem ser registradas, documentadas e arquivadas no intuito de melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde, promover a continuidade do cuidado, proteger o paciente de danos, reduzir os riscos de litígio, promover a avaliação e melhorias no cuidado (MENDES et al., 2012).

No que tange às condições intervenientes para a gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos reveladas neste estudo, constatou-se a temporalidade em suas principais faces como o tempo do processo, tempo do profissional e tempo da família, sendo esta última a que norteia os outros tempos. Estudos afirmam que o profissional precisa respeitar o tempo da família, pois ele será determinante para a disposição dela em considerar a doação de órgãos (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012; BOUSSO, 2008).

Os participantes do estudo destacaram o acolhimento e o estabelecimento do vínculo com a família desde o momento da internação, o conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao processo como aspectos que facilitam o processo de doação e transplante. Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no município de São Paulo (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Todavia, os aspectos revelados como dificultadores foram: pouca cooperação e sensibilização dos profissionais, atrasos, logística, ausência da CIHDOTT no setor e escassez de recursos materiais e humanos. O processo de doação e transplante de órgãos e tecidos depende de fatores relacionados aos recursos físicos, tecnológicos e humanos qualificados para atender as necessidades do potencial doador e seus familiares (FREIRE et al., 2015). Outro obstáculo destacado no estudo, corroborou com os achados da pesquisa desenvolvida por

Moraes et al. (2014), foi o desconhecimento dos profissionais de saúde referente ao processo de doação e transplante.

Neste estudo, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a melhoria contínua do processo de doação e transplantes de órgãos foram: educação permanente, ações gerenciais específicas para agilizar o processo, a padronização dos processos e a monitoração do processo de doação.

O investimento em promover a educação permanente nos serviços de doação de órgãos e transplante apontados pelos entrevistados vem ao encontro dos achados do estudo de Almeida e colaboradores (2012). Eles apontam que há constantes ações educativas para os profissionais que atuam nesses serviços no que se refere aos procedimentos técnicos e ao traquejo para a abordagem familiar. Além disso, afirmam que com a disseminação de informações e clareando as questões da população acerca da doação de órgãos e transplante, existe uma tendência a aumentar o número de doações e por isso os profissionais devem estar capacitados para dar conta da crescente demanda. Outrossim, destaca-se que a promoção de ações educativas relacionada com o cotidiano dos serviços desses profissionais está em consonância com o que é preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Outra estratégia destacada foi a padronização dos processos por meio de protocolos. Cuidados baseados em protocolo destina-se a padronizar o cuidado com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência ao paciente. A adesão aos protocolos, portanto, reduz qualquer variação no tratamento de pacientes (JEFF; TAYLOR, 2014).

O diferencial do contexto estudado é que para cada ação da cadeia de fluxo da gerência do cuidado do processo de doação e transplante existe um procedimento operacional padrão que a norteia. Uma das ferramentas utilizadas pelo lean é a padronização do trabalho. Uma equipe que padroniza o trabalho tende a facilitar o avanço contínuo do fluxo do serviço. Na assistência à saúde a padronização precisa ser mais flexível, pois cada paciente tem necessidades diferentes e o cuidado precisa ser individualizado (JOIN COMMISSION RESOURCES, 2013).

Entende-se que o princípio da perfeição esteja relacionado as estratégias identificadas neste estudo. Nesse princípio busca-se uma avaliação ininterrupta do processo, envolvendo os profissionais na melhoria contínua, na perfeição do processo (JOIN COMMISSION RESOURCES, 2013).

Como consequência do fenômeno tem-se o desenvolvimento da cultura de doação de órgãos nos aspectos éticos, organizacionais, legais para efetivação da doação. Emergiram dois tipos de culturas: a organizacional e a as relacionadas com as questões religiosas e de costumes.

A cultura organizacional pode ser compreendida como um sistema cultural, simbólico e imaginário, composto por uma estrutura de valores e de normas que condicionam o comportamento de seus membros, os quais são implantados pelos seus fundadores e compartilhados e herdados entre os trabalhadores da organização. A cultura de uma organização também é utilizada pelo trabalhador para nortear o significado do trabalho desenvolvido na instituição (GARCIA et al., 2015).

A cultura organizacional para a doação de órgãos é desenvolvida e fortalecida quando existe a captação e o transplante de órgãos na mesma instituição. Além disso, a cultura organizacional é influenciada pela cultura relacionada aos valores morais, éticos e religiosos das pessoas envolvidas no processo e devem ser respeitadas.

Considerações Finais

A partir da construção do modelo teórico centrado no fenômeno *Gerenciando o cuidado no contexto interdependente e complementar do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos com o foco no paciente em lista de espera, orientado pela melhoria contínua e desenvolvimento da cultura da doação* e integração das categorias encontradas alcançou-se o objetivo proposto deste estudo.

Esse modelo sustenta-se pelas integração das categorias: Apresentando o contexto interdependente e complementar da gerência do cuidado no processo de doação e transplante; Mobilizando as ações da cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplante com foco no paciente em lista de espera; Temporalidade e suas diversas faces que potencializam e fragilizam o processo de doação e transplante; Estratégias para a melhoria contínua do processo de doação e transplante e Desenvolvendo a cultura de doação de órgãos nos aspectos éticos, organizacionais, legais para efetivação da doação.

O contexto da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos é complementar e interdependente entre central de transplantes, CIHDOTT e unidades hospitalares, sendo que a central de transplante é a reguladora do processo. Para atuar em cada um desses contextos, são necessárias competências atitudinais, teóricas e relacionais do enfermeiro. A cadeia

das ações da gerência do cuidado é mobilizada com foco no paciente em lista de espera, no intuito de atender à necessidade do receptor.

Os elementos dificultadores da gerência de cuidado são a pouca cooperação e sensibilização dos profissionais, atrasos, falta de recursos materiais e humanos, logística, ausência da participação na CIHDOOT no setor, bem como a temporalidade. Os aspectos facilitadores e as estratégias, ou seja, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo com a família, o conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao processo, a disponibilidade de infraestrutura e recursos materiais, educação permanente, a padronização dos processos e o monitoramento do processo contribuem para a fluidez e melhoria contínua do processo de doação e transplantes. O desenvolvimento da cultura de doação de órgãos, tanto a organizacional como aquela relacionada aos valores, costumes são transversais ao processo.

A partir do modelo construído entende-se que a gerência do cuidado contribui para a agilidade e melhoria da qualidade da assistência, fundamentando a prática a partir dos preceitos técnicos, científicos, éticos.

É pertinente considerar como aspecto limitante deste estudo o fato de envolver contexto específico, não permitindo generalizar seus resultados. Todavia, aponta-se como contribuição da pesquisa compreender como a gerência do cuidado de enfermagem acontece no processo da doação e transplante de órgãos e tecidos e o quanto é necessária para a agilidade e melhoria da qualidade da assistência.

Sugere-se como temas para futuras pesquisa a aplicação da metodologia do pensamento lean e suas ferramentas nos contextos dos serviços de doação e transplante, bem como compreender como acontece a gerência do cuidado em outros cenários, como por exemplo nos ambulatórios de pré e pós transplantes, em centro cirúrgico no momento do explante dos órgãos do doador e do transplante no receptor.

Referências

ARCANJO, R.A; OLIVEIRA, L.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes **Rev bioét** (Impr.); v. 21, n.1, p.119-25, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Diretrizes Básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** São Paulo: ABTO; 2009.

BOUSSO, R.S. The family decision-making process concerning consent for donating their child's organs: a substantive theory. **Texto & Contexto Enferm.** v.17, n.1, p.45-54, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997.** Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências.

_____. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período:** janeiro/setembro de 2015. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XXI, n.3, 2015.

_____. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014).** São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XX, n.4, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1752, de 23 de setembro de 2005.** Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

_____. **Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

CICOLO, E.A.; ROZA, B.A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm,** v. 63, n.2, p. 274-8, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação de enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília, 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 20 jan.2014.

DALBEM, G.G.; CAREGNATO, R.C.A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto Contexto Enferm,** v.19, n.4, p. 728-35, 2010.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/ UFPel, 1996.

FLODEN; A; FORSBERG, A. A phenomenographic study of ICU-nurses' perception of and attitudes to organ donation and care of potential donors. **Intensive Critical Care Nursing**, v.25, p. 306–313, 2009.

FREIRE, I.L.S. et al. Caracterização dos potenciais doadores e estrutura de unidades hospitalares que desenvolvem o transplante. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.3,p.1281-1289, 2015.

GARCIA, A.B. et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **J. research.: fundamental care**. Online, v.7, n.2, p.2615-27, 2015.

GOMES, I.M et al. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v.9, supl. 1, p.466-74, 2015.

GRABAN, M. **Lean Hospitals: Improving Quality, Patient safety, and Employee satisfaction**. New York: Taylor & Francis Group; 2011. 252p.
JEFF, A.; TAYLOR, C. Ward nurses' experience of enhanced recovery after surgery: a grounded theory approach. **Gastrointestinal Nursing** [Internet], v.12, n.4, 2014.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **O pensamento lean na saúde: menos desperdício e filas e mais qualidade e segurança para o paciente**. Porto Alegre: Bookmann, 2013. 106p.

LIMA, A.A.F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2012.

LIRA, G.G. et al. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. esp. 2, p.140-5, 2012.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 1, p. 34-40, 2012.

MATTIA, A.L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v.1, n.4, p. 66-74, 2010.

MENDES, K.D.S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do Enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p. 945-53, 2012.

MORAES, E.L. et al. Obstáculos no processo de doação de órgãos e estratégias para otimizar as taxas de consentimento familiar. **Revista Brasileira Médica**, v. 72, n esp 1, p. 5-11, 2015.

MORAES, E.L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.2, p.226-33, 2014.

MUNARI, D.B. et al. Cenário das pesquisas na pós-graduação na área de enfermagem e gerenciamento no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.45, n.spe, p. 1543-1550, 2011.

NEVES, A.R.; DUARTE, E.; DE MATTIA, A.L. Notificação de morte encefálica em doação de órgãos. **REME – Rev. Min. Enferm.**; v.12, n.2, p.213-218, 2008.

PARADO, R.T.; DIAS, S.M.; CASTRO, E.A.B. Competências e habilidades para atuação do enfermeiro em bancos de olhos. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.1, p.47-55, 2014.

PESTANA, A.L. et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.258-64, 2013.

PINTO JP. **Pensamento Lean: A filosofia das organizações vencedoras**. Lisboa: Lidel; 2009.

RECH, T.H.; RODRIGUES-FILHO, E.M. Entrevista Familiar e Consentimento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2007, v.19, n.1, 2007.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e**

instituição no período: janeiro/setembro de 2013. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2013a

ROSSI, F.R.; SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.4, p.460-468, 2005.

ROYO, C.M; ROQUÉ, MAVICTORIA. The organ donation process: a humanist perspective based on the experience of nursing care **Nursing Philosophy**, v. 13, n.4, p.295–301, 2012.

SANTOS, M.J, MASSAROLLO, M.C.K.B., MORAES, E.L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paul Enferm**. v.25, n.5, p.788-94, 2012.

SANTOS, M.J.S.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.4, p.472-8, 2011.

SIMÕES, F.M.C.A. **Lean Healthcare:** O conceito Lean aplicado à realidade dos serviços de saúde. 2009. 127f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Tecnologia, Inovação e Conhecimento) – Universidade de Aveiro. Aveiro, 2009.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

4.2 MANUSCRITO 3: ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA CONTÍNUA DA GERÊNCIA DO CUIDADO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA CONTÍNUA DA GERÊNCIA DO CUIDADO NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Resumo: Estudo qualitativo com objetivo de compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos em um estado brasileiro. Como referencial teórico e metodológico foram utilizados o pensamento lean e a Teoria Fundamentada nos Dados, respectivamente. Os dados foram coletados de julho de 2014 a outubro de 2015 por meio de entrevista semiestruturada com 36 participantes distribuídos em três grupos amostrais e, analisados mediante codificação aberta, axial e seletiva. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros foram a educação permanente, desenvolvimento de ações gerenciais para agilizar e assegurar a qualidade do processo, padronização do trabalho e o monitoramento dos indicadores do processo de doação. As estratégias utilizadas na gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos são vislumbradas como práticas lean, pois visam otimizar, agilizar o processo, buscando identificar os erros e propor ações de melhorias continuamente.

Descritores: Gerência. Cuidados de enfermagem. Gestão da qualidade. Obtenção de órgãos e tecidos. Transplantes.

Introdução

O Brasil apresenta um programa de excelência em captação de órgãos e transplante no cenário mundial. Atualmente é o maior programa público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, sendo que o Sistema Nacional de Transplantes está presente em todos os estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes. De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes, esse sistema é constituído por 548 estabelecimentos de saúde e 1376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2013).

O país está em ascensão, o número de transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, pulmão, rim e pâncreas) cresceu nos últimos

anos. O número de doadores de órgãos dobrou nos últimos oito anos, de seis para 13 por milhão de habitantes (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2014).

Até setembro de 2015, o Brasil realizou 5.891 transplantes, sendo 1.021 de doador vivo e 4.870 de doador falecido. As regiões Sul e Sudeste concentram o maior número de transplantes. Na região Sul, o estado de Santa Catarina é líder nacional de doação de órgãos, com a melhor taxa de doadores efetivos de 30,3 por milhão de população (pmp) e de efetivação (41,0%) (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015).

Mesmo com o crescimento do número de doações e transplante realizados no Brasil, não tem sido suficiente para suprir a necessidade da fila de espera que está aumentando a cada ano. Até setembro de 2015, havia 31.762 pacientes ativos em lista de espera aguardando por um órgão e/ou tecido (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES, 2015).

A escassez de órgãos sólidos transplantáveis é um desafio crítico no Brasil e em outros países, como Estados Unidos, Espanha, dentre outros. Apesar dos avanços ocorridos nas duas últimas décadas, as tendências atuais do envelhecimento da população e a prevalência das doenças crônicas com disfunção terminal possibilitarão o agravamento da escassez de órgãos, com consequente aumento de pacientes na lista de espera para transplantes (CHATTERJEE et al., 2015; MATESANZ; DOMIGUEZ-GIL, 2007).

Nesse contexto, a escassez de órgãos representa um desafio universal a ser superado pelos profissionais dos serviços de doação e transplantes. Por conseguinte, o grande desafio da comunidade transplantadora é minimizar a diferença entre a disponibilidade e a demanda de órgãos.

Para amenizar essa diferença é essencial que exista a organização e efetiva atuação das equipes participantes do processo de doação e transplante. Dessa forma, ações que contribuam para o aumento efetivo da notificação de potenciais doadores, da viabilização e aproveitamento de órgãos e tecidos são sempre necessárias, a fim de tentar minimizar a mortalidade em lista de espera (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2009).

Destaca-se que a gerência do cuidado se torna uma aliada nesse contexto, uma vez que é capaz de gerar ferramentas para que o enfermeiro possa organizar, planejar, coordenar, delegar ou prestar os cuidados, supervisionar, prever e prover recursos, capacitar a equipe, desenvolver medidas educativas para a família ou comunidade, interagir

com outros profissionais, além de ocupar espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado (SANTOS et al., 2013; SANTOS et al., 2012; ROSSI; SILVA, 2005).

Complementando a gerência do cuidado, o pensamento Lean é um modelo de gestão que tem despontado como referencial para o alcance dessa qualidade assistencial por meio da utilização de ferramentas que otimizam e agilizam processos em saúde.

Desse modo, questiona-se: Quais as estratégias de ação/interação são adotadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos? Objetivou-se compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos em um estado do Sul do Brasil na perspectiva do pensamento lean.

Método

Neste estudo, adotou-se a pesquisa de abordagem qualitativa estruturada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD tem como finalidade a construção de uma teoria sustentada nos dados coletados e busca compreender o fenômeno emergido da realidade a partir da identificação, desenvolvimento e relação dos conceitos e por meio da análise sistemática e comparativa dos dados (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A fim de alcançar o objetivo proposto e responder à pergunta de pesquisa, a investigação foi desenvolvida em uma central de transplantes localizada na região sul do país. Sua função é de coordenar ações que envolvam captação e transplante no estado, gerenciar a lista única de receptores de órgãos e tecidos e formular políticas públicas de transplantes para o estado. Entrelaçado a essa central estão as 45 Comissões Intrahospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).

Conforme preconiza a TFD, os participantes foram selecionados de acordo com a amostragem teórica. Dessa forma, o primeiro grupo amostral foi constituído por nove enfermeiros que cumprem suas atividades na equipe técnica da Central de Transplantes, sendo um enfermeiro coordenador. O critério de inclusão adotado para esse grupo amostral foi ser enfermeiro e estar atuando na central de transplante no mínimo seis meses. Após a análise dos dados do primeiro grupo amostral, compreendeu-se que os enfermeiros da Central de Transplantes compartilham da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos com os profissionais da CIHDOTT, pois são eles que fazem a “ponte”, a articulação nos hospitais gerenciando

diretamente o cuidado ao potencial doador para que a doação se concretize.

Dessa forma, estabeleceu-se o segundo grupo amostral, na intenção de se compreender como os profissionais de saúde da CIHDOTT exercem a gerência do cuidado neste nível; quais atitudes são assumidas para fortalecer o trabalho em equipe e facilitar o processo de doação e transplante; como abordam a família para oportunizar a doação, bem como lidam com o tempo nesse processo. Esse grupo amostral foi composto por 15 profissionais de saúde (médico e enfermeiros) que desenvolviam suas atividades nas CIHDOTT. Selecionou-se as três CIHDOTT que mais notificaram morte encefálica no Estado até junho de 2015, sendo identificadas como CIHDOTT I, CIHDOTT II, CIHDOTT III. Além dessas, foi incluída uma que pouco notificava ME, sendo identificada como CIHDOTT IV.

A análise dos dados do segundo grupo amostral permitiu a compreensão de que a gerência do cuidado é realizada conjunta e complementarmente com os profissionais dos serviços de emergência e UTI, locais potenciais de pacientes em morte encefálica. As falas dos participantes apontaram que sem a existência da integração e envolvimento desses profissionais com o processo de doação e transplante a gerência do cuidado fica comprometida. Destacaram ainda sobre a “a corrida contra o tempo” na gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e que cada profissional vivencia essa temporalidade de modo diferente. O tempo do enfermeiro da central é diferente daquele que atua na CIHDOTT, na UTI, na emergência. Que por sua vez é diferente dos outros profissionais, como do cirurgião captador, do cirurgião do transplante. O que diferencia esse tempo vivido dos profissionais?

Assim, o terceiro grupo amostral foi composto por enfermeiros que atuam em setores de UTI e emergência. Considerou-se importante compreender como acontece a gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos nesses setores e como são estabelecidas as relações de trabalho em equipe. Para entender a temporalidade do processo, além dos enfermeiros atuantes nesses setores, entrevistou-se um médico captador de órgãos e um médico gestor do processo de doação e transplante. Integraram esse grupo amostral 12 participantes, sendo 10 enfermeiros assistenciais de UTI e emergência, um médico gestor da central de transplante e um médico cirurgião da equipe captadora de órgão. Assim, o tamanho da amostra foi determinado pela saturação teórica dos dados, totalizando 36 entrevistas.

A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2014 a outubro de 2015 utilizando-se como técnica a entrevista semiestruturada sendo direcionada pela seguinte pergunta norteadora: Fale-me como você gerencia o cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos.

O local da entrevista foi escolhido pelos participantes segundo a disponibilidade de cada um. As entrevistas foram individuais, áudio gravadas digitalmente e transcritas posteriormente pela pesquisadora. As transcrições foram realizadas em documento do *Microsoft® Office Word* e importadas para o software NVIVO® 10, para a organização e codificação dos dados.

A análise dos dados foi realizada concomitantemente com a coleta de dados, utilizando o método da análise comparativa, conforme preconizado pela TFD. Iniciou-se com a leitura minuciosa da entrevista impressa com objetivo de identificar as principais ideias e escrever ao lado de cada parágrafo uma palavra para facilitar no momento da codificação. Em seguida, em uma folha de papel A4, foram separadas as palavras/ideias destacadas no intuito de auxiliar na síntese da entrevista. Após, foram elaborados diagramas e memorandos da entrevista. Para finalizar, foi realizada a codificação da entrevista preconizada pela TFD e depois a mesma foi arquivada em uma pasta catálogo.

A codificação proposta pela TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008) compreende três etapas: a aberta, axial e seletiva. A codificação aberta é a fase em que os dados brutos são codificados por microanálise, no sentido de apreender categorias preliminares.

Na sequência, a codificação axial relaciona as categorias às suas subcategorias e faz relações entre as categorias. Para isso, foi realizado processo de análise comparativa, no qual os códigos foram agrupados em similaridades e diferenças, originando os conceitos, que novamente foram reorganizados e agrupados possibilitando o desenvolvimento das categorias. Uma vez desenvolvidas as categorias, elas foram comparadas entre si com o objetivo de alcançar explicações mais claras acerca do fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008). Para classificar e organizar as conexões emergentes entre as categorias, Strauss e Corbin (2008) propõem um esquema organizacional chamado modelo paradigmático. Esse modelo é composto pelos seguintes componentes: contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e as consequências.

Na etapa seguinte, conhecida como codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas foram refinadas e integradas até o desenvolvimento da categoria central e do modelo paradigmático (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ressalta-se que em todo processo analítico foram construídos 37 memorandos e 16 diagramas. Segundo Strauss e Corbin (2008), memorandos são registros escritos especializados analíticos e conceituais que direcionam as análises dos dados, e os diagramas são, em prática, os memorandos em forma gráfica, sendo mecanismos visuais que proporcionam ilustrar as relações conceituais.

O produto do processo de análise se constituiu no modelo paradigmático pautado em cinco categorias e 19 subcategorias emergidas dos dados que sustentam o fenômeno encontrado. Tal modelo foi validado por dois enfermeiros com experiência no processo de doação e transplantes de órgãos e três pesquisadores com expertise no método.

A pesquisa seguiu as recomendações apontadas pela Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi submetida ao Sistema CEP/CONEP- Plataforma BRASIL, sendo aprovada pelo Comitê de Ética mediante o CAAE: 31929414.2.0000.5361. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram a garantia do anonimato e do sigilo de todas as informações coletadas e o direito à desistência da pesquisa a qualquer momento. A fim de preservar a identidade dos participantes, os nomes deles foram substituídos por um código constituído pela letra E (Entrevista) seguida de um número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E1, E2, E3, E4 a E36). Além disso, todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas.

Resultados

O fenômeno central *“Gerenciando o cuidado no contexto interdependente e complementar do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos com o foco no paciente em lista de espera, orientado pela melhoria contínua e desenvolvimento da cultura da doação”* foi sustentado pelas seguintes categorias: Apresentando o contexto interdependente e complementar da gerência do cuidado no processo de doação e transplante (contexto); Mobilizando as ações da cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e transplante com foco no paciente em lista de espera (condição causal); Temporalidade e suas diversas faces que potencializam e fragilizam o processo de doação e transplante (condições intervenientes); Estratégias para a melhoria contínua do processo de doação e transplante

(estratégias) e Desenvolvendo a cultura de doação nos aspectos éticos, organizacionais, legais para a efetivação da doação (consequências).

Considerando a importância e relevância das estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para a melhoria do processo de doação e transplante, optou-se por analisá-las separadamente, com suas respectivas subcategorias: Educação permanente como ferramenta de gestão para a melhoria e espaço de troca de experiências entre os profissionais; Desenvolvendo ações gerenciais para agilizar e assegurar a qualidade do processo; Elaborando padronização dos processos como recurso para a mudança da cultura organizacional; Monitorando o processo de doação e transplante.

Um diferencial existente no cenário da pesquisa é o investimento na educação permanente dos profissionais envolvidos nos serviços de doação e transplante sendo revelada como estratégia de sucesso para a melhoria contínua do processo e repercussões diretas no quantitativo de doações. A educação permanente acontece em todos os níveis: central de transplantes, CIHDOTT e para os profissionais dos setores críticos, a ser observados pelas falas a seguir:

Existe sempre um trabalho de capacitação com as equipes das CIHDOTTs dos hospitais. A coordenação e a gerência estão sempre preocupadas em reciclagem e capacitação de pessoas novas para esse trabalho. Então sempre interagimos com eles com o objetivo de estar melhorando o trabalho, tirando dúvidas (E5).

Acho que é interessante também, o que a central de transplantes faz em relação aos cursos que eles ministram, temos vários cursos ao ano, não só para profissionais que são da CIHDOTT, mas também para enfermeiros e médicos que trabalham na UTI e na emergência (E14).

O resultado do investimento na educação permanente será uma equipe mais capacitada com melhores resultados, mais doações, mais captações de órgãos (E17).

Aqui no estado particularmente, as pessoas são capacitadas, eles têm educação permanente para manter uma capacitação na área do processo de

doação e transplante. Eles conseguem fazer com motivação e capacitação profissional um trabalho eficiente na maioria das vezes com a nossa gerencia aqui. [...] A chave do sucesso é o que o nosso coordenador conseguiu desenvolver, que é educação continuada dos profissionais da saúde. Isso é o segredo do sucesso no processo de doação e transplante. Temos educação permanente desenvolvida para todo o Estado, para todos os profissionais que trabalham em coordenação de transplante e em áreas críticas (E35).

Entretanto, foi destacado que a educação permanente ainda não alcançou todos os profissionais envolvidos no serviço de doação e transplantes, seja por incompatibilidade entre os horários das atividades de capacitação e a disponibilidade do profissional, bem como por resistência de alguns profissionais, podendo ser ilustrado pelas falas abaixo:

Existe capacitação, mas no meu ponto de vista é em um momento muito complicado. Não tem uma capacitação no período do nosso trabalho. Eu trabalho em outro hospital e também dou aula, então para mim é difícil vim nos períodos diurnos para participar dessa capacitação. A não ser se fosse um dia que eu estivesse de plantão. Mas infelizmente não cai no dia que eu estou de plantão. Eles fazem os cursos de capacitação nos momentos deles (E22).

Lá na emergência os profissionais ainda não estão treinados e habilitados, como aqui na UTI. Estamos tentando fazer isso, por meio de cursos que estão sendo ministrados. Ainda é um caminho a ser percorrido (E10).

As enfermeiras antigas participam pouco da capacitação. A gente faz as capacitações vem cinco, seis, dez no máximo. E vem mais médico hoje do que os enfermeiros (E15).

Acho que falta capacitação para os profissionais da UTI, e de outros setores. Deveria ter mais

capacitação no sentido de treinamentos, mais para conversar com eles a respeito da ME (E27).

Desenvolvendo ações gerenciais para agilizar e assegurar a qualidade do processo é uma subcategoria que sustenta as estratégias. Alguns exemplos das ações desenvolvidas foram implantação da coleta da amostra de sangue do potencial doador assim que inicia o protocolo de ME; inserção na CIHDOTT de profissionais de outros setores, como da emergência; e elaboração de escala de sobreaviso na central de transplantes, CIHDOTT e nos serviços de apoio como hemocentro, como revelam as falas abaixo:

E uma das coisas que nós enfatizamos desde o primeiro contato (com a CIHDOTT) é o envio da amostra de sangue. Porque disso? Esse sangue ficará no hemocentro coordenador e em caso de uma possível doação, será rodado a sorologia e o HLA. Se fossemos esperar que essa amostra de sangue fosse enviada só quando fosse finalizado o protocolo de ME, iríamos perder muito tempo (E4).

Agora, umas duas ou três semanas atrás, uma das enfermeiras que trabalha aqui (emergência), foi convidada também para ser membro da CIHDOTT. Acho que isso vai contribuir muito, até porque não tinha ninguém da emergência (E24).

Temos um sobreaviso (enfermeiro) que se o negócio apertar aqui na central, a gente chama esse sobreaviso que vem auxiliar no plantão (E2).

Em função do processo de doação e transplante, a parceria com o hemocentro estadual estabeleceu escala de sobreaviso para atender exclusivamente o transplante. Esse sobreaviso só é acionado em função do transplante (E11).

Outras ações gerenciais é o *feedback* sobre o processo de doação existente no hospital aos profissionais dos setores críticos e de

apoio, bem como a remuneração para os profissionais atuantes na CIHDOTT e a mudança na abordagem das equipes assistenciais.

Em relação ao *feedback* sobre o processo de doação, os enfermeiros da CIHDOTT desenvolveram essa estratégia como forma de valorizar o trabalho do outro profissional e de motivá-lo a cuidar do paciente potencial doador, uma vez que é exposto, nos setores e nos serviços de apoio, os números de potenciais doadores e de doações realizadas a partir da dedicação de cada um, como descrito nas falas:

No ano passado o médico veio e fez o ecocardiograma de um paciente em ME. Conseguimos captar o coração. A médica da CIHDOTT agradeceu o médico que realizou o exame e informou que o coração foi captado. O médico ficou bem feliz com o retorno (E15).

A gente dá sempre um retorno para os profissionais de quantas doações tiveram, mandamos carta de agradecimento. Fazemos algumas coisas para eles se sentirem valorizados e também sentirem que a participação deles é muito importante para o processo. Informamos quantas pessoas doaram órgãos, em um semestre, quantos rins foram captados, quantos fígados, quantas pessoas foram ajudadas. Esse feedback faz com que não percamos a doação. Um dia ao invés dos profissionais dizerem não, vão pensar no quanto eles podem ajudar. A gente tenta fazer isso, trazer os profissionais para gente e não afastá-los. Tentamos trazer os outros profissionais para gente por que senão o processo patina (E16).

A remuneração para os profissionais atuantes na CIHDOTT e a mudança na abordagem das equipes assistenciais também foram destacadas como estratégias para a melhoria do processo de doação e transplante, como evidenciado nas falas abaixo:

Como está previsto o ressarcimento dessa comissão, dentro do programa estadual existe um valor fixo, mensal, que entra como um valor que

não é de produtividade porque não está relacionado ao quantitativo de processos. É um valor fixo, em que o coordenador da comissão tem um diferencial de valor, pequeno, e os demais membros da comissão recebem o mesmo valor. A comissão é composta pelo quantitativo de profissionais que está preconizado pelo perfil do hospital, ou seja, pelo seu potencial de geração de doadores e pela característica do hospital como perfil de referência para neurocrítico (E11).

Há algum tempo os profissionais da CIHDOTT são remunerados. Foi um processo. Não foi algo do dia para a noite. (E35).

Uma coisa que a gente teve que rever foi a nossa postura. Quando a gente era muito invasiva, agressiva, a gente ganhava um protocolo e perdia os outros dois daquela semana. O agressivo de estar cobrando muito o que tem que ser feito em 12h, tem que fechar o protocolo. As vezes tu tens que entender que aquele setor está sobrecarregado que tem outros pacientes graves que estão sendo atendidos, e que você não pode dar, realmente, prioridade para aquele potencial doador, se a estrutura está ruim (E28).

A subcategoria elaborando a padronização dos processos como recurso para a mudança da cultura organizacional é uma das estratégias que sustenta a gerência do cuidado no processo de doação e transplante. A padronização dos processos por meio dos procedimentos operacionais padrão (POP) e do desenvolvimento de instrumentos gerenciais foram estabelecidos para “enxugar o processo”, evitar a duplicidade de ações, otimizar o trabalho dos enfermeiros e auxiliar no gerenciamento do processo, tornando-o mais organizado, como referido abaixo:

Todo esse processo, essa dinâmica de como operacionalizar o quesito informações, tudo isso está previsto em POP. Então vimos que precisávamos organizar o processo interno para que aqui todos fizessem a coisa dentro de um

padrão, executassem o operacional de maneira padronizada e o que viesse da comissão para cá e o que fosse daqui para as equipes de transplante tivesse uma lógica. Então nós começamos uma transformação interna, uma mudança de cultura. Foi extremamente difícil, porque a gente estava migrando de uma cultura do personalismo para uma cultura de processo. [...]. Começamos a trabalhar enxugando o processo dentro da central. Tínhamos registros repetidos em vários instrumentos. [...]Hoje, em Santa Catarina, 100% das informações de todos os processos, sejam eles de doação de tecido ocular por parada cardíaca, seja ele multiorgânica, é padronizado, todos usam os mesmos formulários, tem as mesmas condutas e seguem os mesmos caminhos (E11).

A gente aqui na central em todas as etapas do processo de doação e transplante tem protocolos, desde a identificação do potencial doador, validação do potencial doador, diagnóstico de morte encefálica, manutenção e captação, distribuição. Existem protocolos e isso não está só no papel, de fato esses protocolos são cumpridos rigorosamente e isso ajuda a gerenciar o processo como um todo. Esses protocolos têm plano A, plano B, plano C e torna o trabalho mais organizado e mais fácil (E35).

Os instrumentos gerenciais desenvolvidos para auxiliar na padronização dos processos são utilizados em todos os serviços de doação e transplante tanto na central de transplantes e nas CIHDOTT's quanto nos serviços de UTI e em emergência e trazem benefícios para o cuidado ao potencial doador, diminuindo as taxas de parada cardiorrespiratória, como se observa nas falas a seguir:

Temos os documentos que nós elaboramos que são os formulários de notificação. Nele tem a parte de identificação do paciente, a parte clínica, se ele foi hemotransfundido, se teve alguma parada cardíaca, por quanto tempo, o dia, as

drogas que recebeu, se tem ou não infecção, se apresentou algum choque. Nós também solicitamos a tipagem sanguínea. Temos o Termo de Morte Cerebral, o formulário de acompanhamento da monitorização hemodinâmica. [...]. Temos uma tabela de controle hemodinâmico, de bioquímica [...] um checklist que é totalmente explicativo de como conduzir todo o processo, desde de quando o protocolo vai ser aberto, que tem que notificar a família, como é que tem que fazer o primeiro teste, o que tem que ser enviado para Central de Transplantes no primeiro momento, os tubos que devem ser usados para coletar o sangue e como coletar. Ele é bem autoexplicativo. E nós oferecemos todos esses formulários através do nosso site. [...]. Também facilitamos tanto para os enfermeiros que fazem a coordenação de sala de cirurgia quanto os médicos que fazem a captação, nós fizemos relatórios descritivos de explantes, só deixando os espaços em branco para colocar o horário de clampeamento, líquido de preservação, toda a parte de validade desses líquidos e os lotes (E2).

Com a implantação do roteiro de manutenção, a perda por parada cardíaca em SC de 2012 que estava em torno de 32%, inicia 2015 com 9% de perda por PCR. Hoje as pessoas não sabem mais trabalhar sem ter o roteiro implantado, temos ainda dificuldade de chegar no assistencial. Mas uma série de medidas foram tomadas de capacitação que fez com que também, não só a CIHDOTT, mas a terapia intensiva se aproximasse do sistema (E11).

O nosso estado provavelmente é o que tem a menor taxa de parada cardíaca do doador. Está abaixo de 10% ultimamente, isso porque existe um protocolo de manutenção (E35).

Como supracitado, existe um modo padronizado de agir em cada etapa do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos preconizado pela central de transplantes. Mas, não é porque o trabalho é padronizado que é restritivo à flexibilidade e/ou a criatividade. Na verdade, são individualizados, podendo ser ajustados para cada situação vivenciada, como o enfermeiro destaca abaixo:

O POP é rígido porque ele está direcionando as nossas ações. Mas conforme a gente vem aumentando o nosso número de doadores anualmente, nós estamos lidando com questões que ainda não tínhamos vivenciado. Então a maneira da gente conduzir essas nossas ações, às vezes, não está ali descrito. Acabamos naquele momento fazendo uma ação que não estava descrita ou mudando uma ação que estava ali descrita. Cada doador, cada família e cada logística é única. Nem sempre aquele norte que está ali no POP vai servir para aquele doador, já que serviu para o outro que é da mesma cidade. O POP ao mesmo tempo que é padrão, é individualizado para cada situação (E2).

Monitorando o processo de doação e transplante é outra estratégia utilizada pelos enfermeiros na gerência do cuidado. Esse acompanhamento é feito pela central de transplantes junto às CIHDOTTs e às equipes captadoras e de transplantes no intuito de fazer a avaliação dos indicadores para mensuração do desempenho. Além disso, existe a auditoria do processo que auxilia na identificação das não conformidades e erros no processo para propor ações de melhoria, bem como para garantir o cumprimento dos preceitos legais e a segurança no processo, como ilustram as falas a seguir:

O monitoramento do nosso trabalho é feito pela Central e eles passam para gente através de gráficos, de tabelas. Nós conseguimos ter informação sobre a quantidade de doações e recusas. Periodicamente nós temos esse acompanhamento com uma enfermeira da central

para ver como nós estamos indo, principalmente quando nós estamos tendo uma queda (E8).

Dentro do programa estadual de profissionalização das comissões intrahospitalares estão elencados quais são os indicadores que são trabalhados com as comissões e é com base nesses indicadores que a gente faz a avaliação do desempenho das comissões. Nós temos uma equipe formada hoje por duas enfermeiras e um médico em que eles fazem a assessoria técnica presencial a essas comissões e essa mesma equipe faz o monitoramento dos indicadores. Periodicamente essa equipe se reúne com a gerência e coordenação da central de transplantes para apresentar o desempenho das comissões e identificar os pontos de melhorias e fragilidades das comissões. [...]. Se a dificuldade da equipe assistencial é com a adesão ao roteiro de manutenção de potencial doador, então vamos ter que desencadear uma ação para isso [...].

Qualquer coisa não conforme do processo, o profissional que avaliou esse prontuário coloca-o para a chefia. Nós utilizamos um instrumento que se chama relatório de não conformidade. [...]. É montado a descrição dessa não conformidade de maneira bem objetiva e resumida nas ações que foram efetivadas ou para resolver, ou para identificar, ou para rastrear, ou para desencadear ações. Se no resultado dessa não conformidade há um indicativo de que existe a necessidade de desencadear ações de melhoria, ações corretivas, ações ligadas à revisão de algum processo, o profissional amarra nessa não conformidade e são disparadas as solicitações de medidas de melhoria a quem está envolvido se é a central, se é a central com a comissão, se é só a comissão, se é banco de olhos, se é equipe de transplante, não interessa quem são os envolvidos (E11).

Trabalhamos também como órgão regulador, acompanhando e até de certa forma auditando cada etapa, para que tenhamos a garantia de que todos os preceitos legais sejam seguidos e que não

haja nenhuma possibilidade de questionamentos e que possa colocar em risco a segurança do processo (E12).

Entende-se que essas estratégias estão pautadas em práticas lean, uma vez que o trabalho padronizado estimula a melhoria contínua.

Discussão

A educação permanente é realizada e entendida como importante estratégia no processo de doação e transplante de órgãos em todos os níveis, considerando a central de transplantes, a CIHDOTT e os profissionais dos setores críticos. As políticas públicas de Santa Catarina dão suporte para o desenvolvimento da formação profissional voltada para o processo de doação de órgãos por meio das ações disponibilizadas em legislações específicas (BRASIL, 2006). A iniciativa de desenvolver essa prática é da central de transplantes de Santa Catarina, que valoriza o papel dos profissionais de saúde envolvidos no contexto da doação e transplante de órgãos.

De acordo com a Portaria 1.752/GM/MS os membros da CIHDOTT também são responsáveis pela educação permanente dos funcionários da instituição, familiares e comunidade sendo uma de suas atribuições (BRASIL, 2005). Arcanjo, Oliveira e Silva (2013) também consideram a educação permanente como uma estratégia que visa contribuir para a transformação e qualificação das práticas de saúde.

Em estudo desenvolvido com 19 profissionais com o objetivo de caracterizar a política de educação permanente em doação de órgãos no estado de Santa Catarina foi identificado que o conteúdo técnico é primordial para essa capacitação, bem como esse espaço possibilita momentos de trocas de experiências, de discussões em grupos e de diálogo (AGUIAR, 2012). Além disso, os participantes do referido estudo apontaram que a educação permanente pode proporcionar a melhora da manutenção do potencial doador, identificação do potencial doador mais precocemente e abordagem melhor frente aos familiares do potencial doador. Isso porque nos cursos são abordados os conteúdos sobre as etapas do processo de doação e transplantes com as atividades específicas de cada profissional; o diagnóstico da morte encefálica e comunicação de más notícias.

Sendo assim, a disponibilidade de pessoal treinado nos hospitais é importante para melhorar a notificação do potencial doador, bem como é considerada uma ferramenta valiosa na promoção da mudança do

paradigma em relação ao processo de doação e transplante de órgãos (MORAES et al., 2014; DELL AGNOLO et al., 2012).

Ao questionar 68 enfermeiros de seis hospitais de Natal/RN sobre a existência de problemas importantes que dificultem a assistência ao paciente em morte encefálica, 41,2% dos participantes apontaram predominantemente a falta de conhecimento e 67,9% o despreparo da equipe. Destaca-se que nenhum profissional elencou todas as etapas fundamentais tanto no diagnóstico do potencial doador, manutenção e processo de doação (FREIRE et al, 2014). O impacto do despreparo da equipe, além de gerar estresse profissional, sofrimento familiar, compromete significativamente a eficácia do processo de doação e transplantes. Desta forma, buscando evitar tais fatores, a educação permanente e o aperfeiçoamento podem ampliar a oferta de órgãos e tecidos para transplantes, acarretando benefícios a sociedade (FREIRE et al., 2012).

Entende-se que enfermeiros ocupam posições de relevância em todas as etapas deste processo e, por conseguinte, têm a responsabilidade de educar outros provedores do cuidado em saúde, particularmente novos enfermeiros e demais integrantes recém-admitidos como membros da equipe de transplante. Ainda, diante do crescimento do número de receptores de órgãos na população geral, aliado ao aumento da longevidade, esses profissionais devem educar também provedores da saúde que não estejam diretamente envolvidos com os transplantes (MENDES, ROZA, BARBOSA, SCHIRMER, GALVÃO, 2012), podendo ampliar a rede de divulgação e promoção do transplante de órgãos, como os serviços de atendimento à saúde primários e secundários.

Assim, vislumbrar mudanças na atual realidade exige o desenvolvimento de programas planejados e avaliados dentro de um processo educativo contínuo, respaldado por referenciais teóricos e modelos cientificamente reconhecidos (MORAES, MORAES, 2012).

Uma das estratégias adotadas no contexto da pesquisa foi a criação de instrumentos gerenciais para cada etapa do processo como a ficha de acompanhamento da bioquímica, da hemodinâmica do potencial doador, ficha de disponibilização do órgão para equipe do transplante, roteiro de coordenação de sala cirúrgica e relatórios de retirada de órgãos para ajudar na organização e segurança do processo. Dados semelhantes foram encontrados por Paramesh (2013) em que destaca que a documentação do processo de doação e transplante de órgãos deve ser preenchida em instrumento próprio no intuito de facilitar e deixar claro o que foi realizado com o paciente potencial

doador. Ainda revela que no período perioperatório, uma das questões mais confusas para documentação são os tempos de isquemia fria, de clampeamento e de reperfusão do órgão, sendo o controle desses indispensáveis para a qualidade do órgão.

Dentre os diversos programas de aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos no processo de doação e transplante, para elevar o número de órgãos captados e melhorar a quantidade e a qualidade dos transplantes realizados no país, o Ministério da Saúde em período recente, instituiu normas de incentivos financeiros para os hospitais que realizam transplantes na rede pública de saúde. Este custeio tem por objetivo a melhoria da remuneração das equipes envolvidas no processo, assim, quanto mais transplantes um hospital realizar, maiores serão os incentivos que poderá receber pelo procedimento realizado (BRASIL, 2012).

Especialmente este recurso pode ser entendido como um incentivo as equipes da CIHDOTT que juntamente com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), avaliam a capacidade da instituição de saúde em detectar potenciais doadores. Por meio dos indicadores institucionais, realizam uma investigação detalhada sob sua competência, definindo os parâmetros que deverão ser adotados no acompanhamento das metas de contratualização e encaminham ao gestor local, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado (ARCANJO; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

É importante salientar que os indicadores são ferramentas de mensuração utilizadas para obtenção de dados fidedignos relacionados ao fenômeno que se quer avaliar, buscando identificar fatores e situações que possam estar interferindo no processo. Desse modo, justifica-se a importância da utilização dos indicadores no processo de doação e transplantes, como ferramentas que possam apoiar e identificar oportunidades de melhorias (FERRAZ et al., 2013). Esses dados confirmam os achados desta pesquisa, quando os enfermeiros referem que o monitoramento do processo de doação e transplante por meio da avaliação dos indicadores para mensuração do desempenho, aliado a auditoria que auxilia na identificação das não conformidades e erros são estratégias que auxiliam na melhoria do processo.

Considerando a complexidade deste processo, estudo realizado no Hospital de Olhos de Sorocaba com o objetivo de avaliar a efetividade de modelos de gestão evidenciou flexibilidade relativa que apontaram concordância dos funcionários para autonomia para realizar mudanças que melhoraram o seu trabalho e que os superiores encorajam

o desenvolvimento de habilidades profissionais (HILGERT; SATO, 2012).

O pensamento lean está ancorado na valorização e no respeito às pessoas. Esses elementos são essenciais para realização do trabalho em equipe. Respeito significa ajudar o outro a se tornar parte integral da equipe na sua totalidade, encontrar a plenitude em seu trabalho por meio do empoderamento. O pensamento lean afirma que o empoderamento seria dar as pessoas as ferramentas para que possam transforma-se em solucionadoras de problemas. Para isso utiliza da capacitação para que os profissionais possam ser capazes de identificar e solucionar os problemas, permitindo que assumam a liderança da melhoria contínua no processo (TOUSSAINT; GERARD, 2012; MAZZOCATO et al., 2010).

No que tange a satisfação no trabalho, devido à variedade de aspectos envolvidos é dificilmente mensurado, pois reflete questões individuais em relação a organização, bem como com a função exercida.

Quando investigados fatores geradores de satisfação no trabalho de enfermeiros gerentes e assistenciais e subsidiar os resultados para a construção de indicadores para avaliação da qualidade do gerenciamento de recursos humanos em Enfermagem de um hospital público de São Paulo, tanto enfermeiros gerentes quanto assistenciais foram considerados satisfeitos, sendo que a autonomia foi o componente de maior nível de satisfação profissional (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012). Especificamente no que se refere a doação e transplante de órgãos, a valorização das pessoas leva em consideração a multiplicidade de anseios e necessidades que, após identificados e utilizados propositivamente, promovem a atração e retenção de talentos humanos, favorecendo o alcance do alto desempenho da organização e o crescimento das pessoas. Como consequência, a profissionalização das equipes requer intenso treinamento, sendo o resultado logo percebido (HILGERT; SATO, 2012).

Em um hospital referência em atendimento de Urgência e Emergência em uma cidade de Goiás, a falta de informação, treinamento e protocolo de rotinas, para que seja prestado um cuidado otimizado ao paciente em morte encefálica repercute negativamente na equipe, como também, percebem que alguns cuidados são negligenciados, principalmente no processo de diagnóstico e manutenção do potencial doador (AMORIN, 2010). Ainda, neste interim, é evidenciada a necessidade do treinamento e da capacitação do profissional responsável por realizar a entrevista familiar, uma vez que somente após abordagem

e retorno afirmativo poderá ser conduzida todas as demais etapas até a concretização do transplante (PESSOA; SHIRMER; ROZA, 2013).

Nesse sentido, vale ressaltar a importância de promover padrões de cuidados de enfermagem para a assistência nos transplantes de órgãos. A padronização tem por finalidade a melhoria dos resultados para os pacientes, especialmente os padrões de cuidado de enfermagem (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013). No Brasil, não há certificação voltada para os transplantes. Esta poderia ser importante recurso para qualificar a prática de enfermagem no transplante de órgãos, garantindo que os enfermeiros apresentem competência, conhecimentos e habilidades específicos. A *American Board for Transplant Certification*, nos EUA, regulamenta a atuação de enfermeiros coordenadores de transplante, enfermeiros clínicos e coordenadores de procura de órgãos e tecidos. Desta forma, entende-se que a certificação para os enfermeiros brasileiros trará maior visibilidade ao processo, repercutindo inclusive a formação de profissionais qualificados para atuarem no processo de doação e transplante, com vistas ao aumento do número de doadores e ao melhor cuidado a candidatos e receptores de órgãos (ITNS, 2011).

Um instrumento prático utilizado na gerência do cuidado do processo de doação e transplante de órgãos é o POP. A dificuldade de controle de qualidade no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, considerando a variabilidade dos serviços e a diversidade de pessoas envolvidas na execução, implica, para além de investimento em treinamento, em uma coordenada e precisa atuação por meio da padronização (PESTANA et al., 2013).

A padronização do trabalho é uma ferramenta lean que pode ser utilizada para estabelecer uma sequência padrão de trabalho que deve ser seguido toda vez que um determinado trabalho precisa ser feito. O trabalho padronizado permite a equipe reconhecer desvios no processo normal, e fazer em tempo real as correções necessárias. O pensamento lean desencoraja o uso do processo de “soluções alternativas” e encoraja a resolução desde a raiz do problema (BRACKETT, COMER; WHICHELLO, 2011; KIM; SPAHLINGER; BILL, 2009).

Complementando tal assertiva, Arakelian, Gunningberg, Larsson (2011) afirmam que uma equipe se torna eficiente quando cada membro tem um entendimento claro de sua própria responsabilidade e também do outro membro da equipe, enquanto visualiza o processo de trabalho inteiro.

Profissionais da saúde devem estar sensibilizados da importância da padronização para sistematizar e otimizar as informações e ações envolvendo doadores, candidatos e receptores de transplante.

Considerações Finais

A categoria Estratégias para a melhoria contínua do processo de doação e transplante e suas respectivas subcategorias possibilitaram compreender que a elaboração de estratégias para o serviço de doação e transplante de órgãos e tecidos configuram-se como recurso necessário para o aprimoramento e melhoria contínua do processo.

É uma categoria que traz a educação permanente como um dos pilares do cenário de estudo sendo vislumbrada como uma ferramenta de gestão para o sucesso e melhoria contínua do processo com repercussões diretas no quantitativo de doações.

A padronização do trabalho, o desenvolvimento de ações gerenciais e o monitoramento dos indicadores para mensuração do desempenho e a realização de auditorias para identificar não conformidades no processo foram destacadas como estratégias que objetivam garantir o cumprimento dos aspectos éticos e legais, bem como a segurança do processo – tanto no momento do diagnóstico da morte encefálica quanto no transplante.

Os profissionais dos serviços de doação e transplantes não utilizam de forma clara a perspectiva do pensamento lean, até porque não conhecem esse referencial. Porém, ainda assim, compreendeu-se que as estratégias utilizadas na gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos são práticas lean, pois visam otimizar, agilizar o processo, buscando identificar os erros e propor ações de melhorias continuamente.

É pertinente considerar como aspecto limitante deste estudo o fato de envolver contexto específico, não permitindo generalizar seus resultados. Todavia, sua importância está ancorada na experiência dos profissionais de saúde, o que possibilita compreender o significado da ação desses profissionais que vivenciam em seu cotidiano de trabalho o processo de doação e de transplante de órgãos e tecidos.

Sugere-se como temas para futuras pesquisa a aplicação da metodologia do pensamento lean e suas ferramentas nos contextos dos serviços de doação e transplante.

Referências

AGUIAR, F. **Do diálogo ao transplante: educação permanente na perspectiva de Freire.** [dissertação]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2012.

AMORIM, V.C.D. et al. The optimization of the nursing care to the patient with death encephalic: potential donor of multiples organs. **Rev enferm UFPE on line**, v.4, n.1, p.221-29, 2010.

ARAKELIAN, E.; GUNNINGBERG, L.; LARSSON, J. How operating room efficiency is understood in a surgical team: a qualitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, v 23, n 1, p. 100–106, 2011.

ARCANJO, R.A; OLIVEIRA, L.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev bioét (Impr.)**; v. 21, n.1, p.119-25, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Diretrizes Básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** São Paulo: ABTO; 2009.

BRACKETT, T.; COMER, L.; WHICHELLO, R. Do Lean. Practices Lead to More Time at the Bedside? **Journal for Healthcare Quality**, v.35, n. 2, p. 7–14, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.262, de 16 de junho de 2006.** Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 19 jun. 2006;seção 1:41-4.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.752, de 23 de setembro de 2005.** Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 27 set. 2005;seção 1:54.

_____. **Portaria nº 845, de 2 de maio de 2012.** Estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0845_02_05_2012.html>. Acesso em: 06 dez 2015.

_____. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014).** São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XX, n.4, 2014.

_____. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/setembro de 2015.** São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XXI, n.3, 2015.

CHATTERJEE, P. et al. The Effect of State Policies on Organ Donation and Transplantation in the United States **JAMA Intern Med**, v.175, n.8, p.1323-1329, 2015.

DELL AGNOLO, C.M. et al. Causes of organ donation failure in Brazil. **Transpl Proc**, v.44, p.2280-2, 2012.

FERRAZ, A.S. et al. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes **J Bras Nefrol**; v.35, n.3, p.220-228, 2013.

FREIRE, I.L.S. et al. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. **Enfermería Global**, v36, p. 194-207, 2014.

FREIRE, I.L.S. et al. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Eletr. Enf.**, v,14, n.4, p.903-12, 2012.

HILGERT, C.V.R.; SATO, E.H. Modelo de gestão em bancos de olhos e seu impacto no resultado destas organizações. **Rev. bras.oftalmol**, v.71, n.1p.28-35, 2012.

INTERNATIONAL TRANSPLANT NURSES SOCIETY (ITNS).

Introduction to transplant nursing: core competencies. Pittsburg: International Transplant Nurses Society, ITNS; 2011.

KIM, C.S.; SPAHLINGER, D.A.; BILLI, J.E. Creating value in health care: The case for Lean thinking. **Journal of Clinical Outcomes Management**, v.16, n.12, p. 557–562, 2009.

LIMA, C.S.P.; BATISTA, A.C.O.; BARBOSA, S.F.F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.3, p.778-87, 2013.

MATESANZ, R.; GIL, B.D. Strategies to optimize deceased organ donation. **Transplantation Reviews**, v.21, p.177–188, 2007.

MAZZOCATO, P. et al. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. **Qual Saf Health Care**, v.19, n.5, p.376-82, 2010.

MENDES, K.D.S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto contexto enferm.**, v.2, n. 4, p.945-953, 2012.

MORAIS, T.R.; MORAIS, M.R. A importância da educação na promoção da doação de órgãos. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 25, n.3, p.251-252, 2012.

PARAMESH, A.S. What's new in the transplant OR? **AORN Journal**, v.91, n.4, p. 435–447, 2013.

PESSOA, J.L.E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta paul. enferm**, v.26, n.4, p. 323-330, 2013.

PESTANA, A.L. et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.258-64, 2013.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/setembro de 2013.** São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2013.

ROSSI, F.R.; SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. v.39, n.4, p.460-8, 2005.

SANTOS, J.L.G. dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, Apr. 2013 .

SANTOS, J.L.G. dos et al. Concepções de enfermeiros sobre a gerência do cuidado em um serviço de emergência: estudo exploratório-descriptivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2012.

SIQUEIRA, V.T.A.; KURCGANT, P. Job Satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.1, p.146-52, 2012.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOUSSAINT, J.; GERARD, R.A. **Uma transformação na saúde**: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman; 2012. 162p.

TRAIBER, C.; LOPES, M.H.I. Educação para doação de órgãos. **Scientia Medica**, v.16, n.4, p.178-82,2006.

WINSETT, R.; YORKE, J.; CUPPLES, S. Professional issues in transplanation. In: OHLER L, CUPPLES S, editors. **Core curriculum for transplant nurses**. Philadelphia (US): Mosby Elsevier; 2008. p. 287-301.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se alcançar o objetivo dessa pesquisa realizou-se processo rigoroso de análise dos dados a partir do qual foi possível revelar o fenômeno “*Gerenciando o cuidado no contexto interdependente e complementar do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos com o foco no paciente em lista de espera, orientado pela melhoria contínua e desenvolvimento da cultura da doação*”, fundamentado na integração de cinco categorias e dezenove subcategorias, distribuídas nos componentes do modelo paradigmático.

Neste estudo, o *contexto* da gerência do cuidado no processo de doação e transplante de órgãos acontece em três contextos diferenciados que são interdependentes e complementares, sendo eles a central de transplantes, a CIHDOTT e as unidades hospitalares, UTI e emergência. Os profissionais que atuam nesse contexto precisam desenvolver competências atitudinais, teóricas e relacionais e estar preparados para lidar com a imprevisibilidade e com o sofrimento do outro. Em cada um desses contextos existe um fluxo da gerência do cuidado, sendo que todos são geridos pelo fluxo da central.

Destaca-se que cada um desses contextos não consegue conduzir a gerência do cuidado do processo isoladamente. Somente estabelecendo relações, trabalhando em equipe, integrando-se com os profissionais das unidades hospitalares se alcança êxito.

Em relação às *condições causais*, aponta-se que o paciente em lista de espera é o que mobiliza todas as ações da cadeia de fluxo da gerência de cuidado no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, pois todos os profissionais envolvidos visam atender a necessidade/demanda desse paciente por um órgão. Todas as ações desenvolvidas têm o objetivo de alcançar a efetivação da doação e oferecer órgãos com qualidade ao receptor.

Na gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos foram identificados elementos *intervenientes*. A temporalidade em suas peculiaridades como o tempo do processo, o tempo da família e o tempo do profissional interferem no processo. O acolhimento e o estabelecimento do vínculo com a família, o conhecimento e a sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao processo, a mídia, o apoio técnico para a tomada de decisão, a disponibilidade de infraestrutura e recursos materiais foram considerados aspectos positivos que contribuem para a fluidez no processo de doação e transplantes.

Todavia, os aspectos considerados negativos para a gerência do cuidado do processo foram a pouca cooperação e sensibilização dos profissionais para cuidar do potencial doador, falta de capacitação dos profissionais, atrasos, falta de recursos materiais e humanos, logística, ausência da participação no CIHDOTT no setor. Esses aspectos, tanto os positivos quanto os negativos, têm repercussões diretas na efetivação ou não da doação e do transplante.

Como *estratégias* utilizadas, os enfermeiros buscam a educação permanente para capacitar os profissionais e cultivar momentos de trocas de experiências entre os envolvidos, sendo considerada um dos pilares do cenário de estudo e vislumbrada como uma ferramenta de gestão para o sucesso e melhoria contínua do processo com repercussões diretas no quantitativo de doações.

A padronização do trabalho, o desenvolvimento de ações gerenciais, o monitoramento dos indicadores para mensuração do desempenho e a realização de auditorias para identificar não conformidades no processo foram destacadas como estratégias que objetivam garantir o cumprimento dos aspectos éticos e legais, bem como a segurança do processo – tanto no momento do diagnóstico da morte encefálica quanto no transplante.

Os profissionais dos serviços de doação e transplantes não utilizam de forma clara a perspectiva do pensamento lean, até porque não conhecem esse referencial. Porém, ainda assim, compreendeu-se que as estratégias utilizadas na gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos são práticas lean, pois visam otimizar, agilizar o processo, buscando identificar os erros e propor ações de melhorias continuamente.

Apresenta-se como *consequência* da gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos o desenvolvimento da cultura de doação de órgãos para efetivação da doação. Ela está sustentada e fortalecida na capacitação e envolvimento dos profissionais, no empoderamento dos profissionais para a tomada de decisão na condução clínica no potencial doador, bem como na valorização e integração das pessoas que atuam diretamente nesses serviços.

Acredita-se que as contribuições desta investigação são significativas, pois grande parte dos estudos são desenvolvidos apenas em um dos contextos separadamente, não explorando relação e articulação existente entre eles. Fornecem subsídios para ampliar a compreensão da gerência do cuidado de enfermagem em cada um dos contextos, com suas especificidades, conhecendo os fatores que

facilitam e dificultam a prática da gerência, bem como as estratégias implementadas que tem sido essencial para o alcance de resultados satisfatórios no âmbito da doação no Estado.

Assim, ao buscar compreender como os enfermeiros e demais profissionais experienciam e significam a gerência do cuidado no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos de um estado do sul do Brasil foi possível sustentar e confirmar a tese de que: a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos acontece por meio das relações desenvolvidas nesse contexto articulado, interdependente e complementar. O exercício dessa gerência do cuidado apoia-se na padronização do trabalho, melhoria contínua e no desenvolvimento da cultura de doação com foco na manutenção do potencial doador visando a qualidade do órgão para o atendimento das necessidades dos pacientes em lista de espera e suas famílias.

A teoria fundamentada nos dados permitiu a imersão do pesquisador no contexto da pesquisa e maior envolvimento com os dados. Isso porque a comparação constante, a elaboração dos memorandos e diagramas, e a codificação estimula a reflexão e mantém o pesquisador ancorados nos dados.

É pertinente considerar como aspecto limitante da pesquisa o fato de envolver contexto específico, não permitindo generalizar seus resultados. Todavia, sua importância está ancorada na experiência dos profissionais de saúde, o que possibilita compreender o significado da ação desses profissionais que vivenciam em seu cotidiano de trabalho o processo de doação e de transplante de órgãos e tecidos.

Sugere-se como temas para futuras pesquisa a aplicação da metodologia do pensamento lean e suas ferramentas nos contextos dos serviços de doação e transplante, bem como compreender como acontece a gerência do cuidado em outros cenários, como por exemplo nos ambulatórios de pré e pós transplantes, em centro cirúrgico no momento do explante dos órgãos do doador e do transplante no receptor.

REFERÊNCIAS

- AASEBØ, U.; STRØM, H.H.; POSTMYR, M. The Lean method as a clinical pathway facilitator in patients with lung cancer. **Clin Respir J.**; v.6, n.3, p.169-74, 2012.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Anvisa: DF, 2013.
- AGUIAR, F. **Do diálogo ao transplante: educação permanente na perspectiva de Freire**. [dissertação]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2012.
- AIJ, K.H. et al. Experiences of leaders in the implementation of Lean in a teaching hospital - barriers and facilitators in clinical practices: a qualitative study. **BMJ Open.**; v.3, n.10, p.1-8, 2013.
- AL-HAKIM, L.; GONG, X.Y. On the day of surgery: how long does preventable disruption prolong the patient journey? **Int J Health Care Qual Assur.**; v.25, n.4, p.322-42, 2012.
- ALMEIDA, E.C. **Doação de órgãos e a visão da família sobre a atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira**. 2011. 97f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2011.
- AMORIM, V.C.D. et al. The optimization of the nursing care to the patient with death encephalic: potential donor of multiples organs. **Rev enferm UFPE on line**, v.4, n.1, p.221-29, 2010.
- ANTONY, J.; KUMAR, M. Lean and Six Sigma methodologies in NHS Scotland: and empirical study and directions for future research. **Quality Inovation Prosperity**; v.16, n.2; p.19-34, 2012.
- ARAKELIAN, E.; GUNNINGBERG, L.; LARSSON, J. How operating room efficiency is understood in a surgical team: a qualitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, v 23, n 1, p. 100–106, 2011.

ARCANJO, R.A; OLIVEIRA, L.; SILVA, D.D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes **Rev bioét** (Impr.); v. 21, n.1, p.119-25, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Diretrizes Básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo: ABTO; 2009.

BACKES, Dirce Stein et al. Do padrão nightingaleano de enfermagem ao sistema social luhmanniano: estudo teórico. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n.4, 2013.

BANDEIRA-DE-MELO, R.; CUNHA, C. J. C. A. Grounded theory. In.: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B (orgs). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 241-266.

BERTANI, T.M. **Lean healthcare: recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares [dissertação]**. São Paulo: Escola de Engenharia de São Carlos, Departamento de Engenharia de Produção, 2012.

BOUSSO, R.S. The family decision-making process concerning consent for donating their child's organs: a substantive theory. **Texto & Contexto Enferm.** v.17, n.1, p.45-54, 2008.

BRACKETT, T.; COMER, L.; WHICHELLO, R. Do Lean. Practices Lead to More Time at the Bedside? **Journal for Healthcare Quality**, v.35, n. 2, p. 7-14, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Res. CNS 466/12. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2014.

_____. **Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997**. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências.

_____. **Portaria no 1.262, de 16 de junho de 2006.** Aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 19 jun. 2006;seção 1:41-4.

_____. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período:** janeiro/setembro de 2015. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XXI, n.3, 2015.

_____. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014).** São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XX, n.4, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.752, de 23 de setembro de 2005.** Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Diário Oficial da União. 27 set. 2005;seção 1:54.

_____. **Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009.** Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

_____. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período:** janeiro/setembro de 2015. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XXI, n.3, 2015.

_____. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período:** janeiro/setembro de 2013. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2013a.

_____. **Portaria GM/MS nº 905, de 16 de agosto de 2000.** Estabelece a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de Comissão Intrahospitalar de Transplantes passa a integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II e III, estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, e para inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar em

Atendimento de Urgências e Emergências, nos tipos I, II e III, fixadas pela Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999.

_____. **Portaria nº 2.601, de 21 de outubro de 2009 (b)**. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos – OPO.

_____. **Portaria nº 845, de 2 de maio de 2012**. Estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0845_02_05_2012.html>. Acesso em: 06 dez 2015.

BURSTRÖM L et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med** 2012; 20:57

BUZZI, D.; PLYTIUK, C.F. **Pensamento enxuto e sistemas de saúde**: um estudo da aplicabilidade de conceitos e ferramentas lean em contexto hospitalar. Revista Qualidade Emergente, v.2, n.2, p.18-38, 2011.

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 4, n.3, p. 75-88, dez. 1996.

CASTRO, L.C. **O custo do desperdício de materiais de consumo em um centro cirúrgico** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CHATTERJEE, P. et al. The Effect of State Policies on Organ Donation and Transplantation in the United States **JAMA Intern Med**, v.175, n.8, p.1323-1329, 2015.

CHAVES, L.D.P.; CAMELO, S.H.H., LAUS, A.M. Mobilizando competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v.13,n.4, p.594, 2011.

CHIARINI A. Risk management and cost reduction of cancer drugs using Lean Six Sigma tools. **Leadersh Health Serv (Bradf Engl)** v.25, n.4, p.318-330, 2012.

CHRISTOVAM B.P. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares**: a construção de um conceito [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.734-741, 2012.

CICOLO, E.A.; ROZA, B.A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.2, p. 274-8, 2010.

CIMA, R.R. et al. Use of Lean and Six Sigma Methodology to Improve Operating Room Efficiency in a High-Volume Tertiary-Care Academic Medical Center. **J Am Coll Surg**; v.213, n.1, p.83-92, 2011.

CINQUE, V.M.; BIANCHI, E.R.F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.996-1002, 2010.

CINTRA, V.; SANNA, M.C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação de enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília, 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 20 jan.2014.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. 4ªed. Sage: Califórnia, 2015.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUNHA, A.M.C.A.; CAMPOS, C.E., Rifarachi, H.H.C. **Aplicabilidade da metodologia Lean em uma lavanderia hospitalar**. Mundo saúde (Impr.), v.35, n.3, p.311-8, 2011.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**; v.59, n.1, p.84-8, 2006.

DALBEM, G.G.; CAREGNATO, R.C.A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.4, p. 728-35, 2010.

DANTAS, C. C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p. 573-579, 2009.

DAVIS, J.; ADAMS, J. The 'Releasing Time to Care – the Productive Ward programme': participants' perspectives. **J Nurs Manag.**; v.20, n.3, p.354-60, 2012.

DELL AGNOLO, C.M. et al. Causes of organ donation failure in Brazil. **Transpl Proc**, v.44, p.2280-2, 2012.

DICKSON, E.W. et al. Application of Lean manufacturing techniques in the emergency department. **J Emerg Med.**, v.37, n.2, p.177-82, 2009.

DONABEDIAN, A. Part II-Some issues in evaluating the quality of nursing care. **Am J Public Health Nations Health.**, v.59, n.10, p.1833-6, 1969.

DROTZ, E.; POKSINSKA, B. Lean in healthcare from employees' perspectives. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.177-95, 2014.

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1033>> Acesso em: 09 fev. 2014.

ESCOBAR, V.G.A.; VEGA, P.G. Gestión lean en logística de hospitales: estudio de un caso. **Rev. Calid Asist.**; v.28, n.1, p.42-9, 2013.

FELDMAN, L.B.; CUNHA, I.C.K.O; D'INNOCENZO, M. Validation of the process criteria for assessment of a hospital nursing service. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v.21, n.4, p.841-50, 2013.

FELLI, V.E.A.F.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant, P. coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo (SP): Guanabara Koogan, 2010; p.1-13.

FERRAZ, A.S. et al. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes **J Bras Nefrol**; v.35, n.3, p.220-228, 2013.

FISCHMAN, D. Applying Lean six sigma methodologies to improve efficiency, timeliness of care, and quality of care in an internal medicine residency clinic. **Qual Manag Health Care.**, v.19, n.3, p.201-10, 2010.

FLODEN; A; FORSBERG, A. A phenomenographic study of ICU-nurses' perception of and attitudes to organ donation and care of potential donors. **Intensive Critical Care Nursing**, v.25, p. 306–313, 2009.

FREIRE, I.L.S. et al. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. **Enfermería Global**, v36, p. 194-207, 2014.

FREIRE, I.L.S. et al. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Eletr. Enf.**, v,14, n.4, p.903-12, 2012.

FREIRE, I.L.S. et al. Caracterização dos potenciais doadores e estrutura de unidades hospitalares que desenvolvem o transplante. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.3,p.1281-1289, 2015.

GARCIA, A.B. et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **J. research.: fundamental care**. Online, v.7, n.2, p.2615-27, 2015.

GARCIA, V.D. **Transplantes no Brasil**. Fundação Escolar Superior do Ministério Público. Porto Alegre, julho de 2011. Disponível em <<http://www.slideshare.net/sabrinabc1/doao-de-rgos-8588699>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

GLASER, B.; STRAUSS, A. The Discovery of grounded theory. New York: Aldene de Gruyter, 1967. 271p.

GOMES, I.M et al. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v.9, supl. 1, p.466-74, 2015.

GRABAN, M. **Lean Hospitals: Improving Quality, Patient safety, and Employee satisfaction**. New York: Taylor & Francis Group; 2011. 252p.

GROVE, A.L. Lean implementation in primary care health visiting services in National Health Service UK. **Qual Saf Health Care.**, v.19, n.5, p.1-5, 2010.

GUTSCHE, J.T. et al. Advancing extubation time for cardiac surgery patients using lean work design. **J Cardiothorac Vasc Anesth.**; v.28, n.6, p.1490-6, 2014.

HALL, H.; GRIFFITHS, D.; MCKENNA, L. From Darwin to constructivism: the evolution of grounded theory. **Nursing Research**, v.20, n.3, p.17-21, jan. 2013.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm** Florianópolis, v.18, n.2, p. 258-65, 2009.

HEITMILLER, E.S. et al. Blood wastage reduction using Lean Sigma methodology. **Transfusion.**, v.50, n.9, p.1887-96, 2010.

HILGERT, C.V.R.; SATO, E.H. Modelo de gestão em bancos de olhos e seu impacto no resultado destas organizações. **Rev. bras.oftalmol**, v.71, n.1p.28-35, 2012.

HOLDEN, R.J. Lean Thinking in Emergency Departments: a Critical Review. **Annals of Emergency Medicine**, v.57, n.3, p.265-78, 2011.

HUNTER, A. et al. Navigating the grounded theory terrain. Part 1. **Nurse Researcher**, v.18, n.4, p. 6-10, 2011.

INTERNATIONAL TRANSPLANT NURSES SOCIETY (ITNS). **Introduction to transplant nursing: core competencies**. Pittsburg: International Transplant Nurses Society, ITNS; 2011.

JACOBS, F.R; CHASE, R.B. **Administração da produção e operações: o essencial**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

JEFF, A.; TAYLOR, C. Ward nurses' experience of enhanced recovery after surgery: a grounded theory approach. **Gastrointestinal Nursing** [Internet], v.12, n.4, 2014.

JOHNSON, J.E.; SMITH, A.L.; MASTRO, K.A. From Toyota to the bedside: nurses can lead the lean way in health care reform. **Nurs Adm Q**. v.36, n.3, p. 234-42, 2012.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **O pensamento lean na saúde: menos desperdício e filas e mais qualidade e segurança para o paciente**. Porto Alegre: Bookmann, 2013. 106p.

JOOSTEN, T.; BONGERS, I.; JANSSEN, R. Application of lean thinking to health care: issues and observations. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.5, p. 341-7, 2009.

KIM, C.S.; SPAHLINGER, D.A.; BILLI, J.E. Creating value in health care: The case for Lean thinking. **Journal of Clinical Outcomes Management**, v.16, n.12,p. 557-562, 2009.

KING D.L.; BEN-TOVIM, DI; BASSHAM, J. Redesigning emergency department patient flows: application of lean thinking to health care. **Emerg Med Australas.**, v.18, n.4, p.391-7, 2006.

LAGANGA, L.R. Lean service operations: Reflections and new directions for capacity expansion in outpatient clinics. **J Oper Manag.**, v.29, n.5, p.422-33, 2011.

LAGE, M.C. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. **Educação Temática Digital**, Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar. 2011.

LAMÓGLIA, L.B. **A construção da sustentabilidade nas organizações pela via da teoria da complexidade** [dissertação]. Curitiba: FAE – Centro universitário, 2008.

LENT, W.A.M.V.; SANDERS, E.M.; HARTEN, W.H.V. Exploring improvements in patient logistics in Dutch hospitals with a survey. **BMC Health Services Research**; v.12, p.232, 2012.

LENT, W.A.M.V; GOEDBLOED, N.; HARTEN, W.H.V. Improving the efficiency of a chemotherapy day unit: applying a business approach to oncology. **Eur. J. Cancer**; v.45, n.5, p.800-6, 2009.

LIMA, A.A.F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2012.

LIMA, C.S.P.; BATISTA, A.C.O.; BARBOSA, S.F.F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.3, p.778-87, 2013.

LIRA, G.G. et al. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. esp. 2, p.140-5, 2012.

LODGE, A.; BAMFORD, D. Health service improvement through diagnostic waiting list management. **Leadersh Health Serv (Bradf Engl)**, v.20, n.4, p.254-65, 2007.

MARI, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of health informatics.**; v.1, n.2, p.20-4, 2010.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 1, p. 34-40, 2012.

MATESANZ, R.; GIL, B.D. Strategies to optimize deceased organ donation. **Transplantation Reviews**, v.21, p.177–188, 2007.

MATTIA, A.L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v.1, n.4, p. 66-74, 2010.

MAZZOCATO P. et al. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. **Qual Saf Health Care**, v.19, p.376-82, 2010.

MAZZOCATO, P. et al. Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.266-88, 2014.

MAZZOCATO, P. et al. How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. **BMC Health Services Research.**; v.12, p.28, 2012.

MCCONNELL, K.J. et al. An exploration of management practices in hospitals. **Healthcare.**; v.2, n.2, p.121–9, 2014.

MCGILLIS, H.L.; DORAN, D. Nurses' perceptions of hospital work environments. **J Nurs Manag.**, v.15, n.3, p.264–73, 2007.

MENDES, K.D.S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, Dec. 2012.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n4, p.758-64, 2008.

MEREDITH, J.O. et al. Are we operating effectively? A lean analysis of operating theatre changeovers. **Oper Manag Res.**, v., n.3-4, p.89–98, 2011.

MONTEIRO, V.L. **Aplicação de técnicas do lean thinking às atividades logísticas dos transplantes de órgãos sólidos [dissertação].**

Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo; 2011.

MORAES, E.L. et al. Obstáculos no processo de doação de órgãos e estratégias para otimizar as taxas de consentimento familiar. **Revista Brasileira Médica**, v. 72, n esp 1, p. 5-11, 2015.

MORAES, E.L. et al. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.2, p.226-33, 2014.

MORAES, E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, 2008.

MORAIS, T.R.; MORAIS, M.R. A importância da educação na promoção da doação de órgãos. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 25, n.3, p.251-252, 2012.

MOREIRA, D.A. **Administração da produção e operações**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1996.

MORROW, E. et al. Implementing large-scale quality improvement: lessons from The Productive Ward: Releasing Time to Care. **Int J Health Care Qual Assur**. v.25, n.4, p. 237-53, 2012.

MUNARI, D.B. et al. Cenário das pesquisas na pós-graduação na área de enfermagem e gerenciamento no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.45, n.spe, p. 1543-1550, 2011.

NEVES, A.R.; DUARTE, E.; DE MATTIA, A.L. Notificação de morte encefálica em doação de órgãos. **REME – Rev. Min. Enferm.**; v.12, n.2, p.213-218, 2008.

NG, D. et al. Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. **CJEM.**, v.12, n.1, p.50-7, 2010.

NIEMEIJER, G.C. et al. Quality in Trauma Care: Improving the Discharge Procedure of Patients by Means of Lean Six Sigma. **J Trauma**; v.69, n.3, p.614-19, 2010.

O'NEILL S. et al. Nursing Works: The Application of Lean Thinking to Nursing Processes. **J Nurs Adm**; v.41, n.12, p.546-52, 2011.

PARADO, R.T.; DIAS, S.M.; CASTRO, E.A.B. Competências e habilidades para atuação do enfermeiro em bancos de olhos. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.1, p.47-55, 2014.

PARAMESH, A.S. What's new in the transplant OR? **AORN Journal**, v.91, n.4, p. 435-447, 2013.

PEREIRA, W.A.; FERNANDES, R.C.; SOLER, W.V. **I Reunião de Diretrizes para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos**. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2003.

PESSOA, J.L.E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta paul. enferm**, v.26, n.4, p. 323-330, 2013.

PESTANA, A.L. et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.258-64, 2013.

PETERSON, D.N.; LEPPA, C. Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System. **J Nurs Adm.**, v.37, n.6, p.287-94, 2007.

PIGGOTT, Z. et al. Application of Lean principles to improve early cardiac care in the emergency department. **CJEM.**, v.13, n.5, p.325-32, 2011.

PINTO JP. **Pensamento Lean: A filosofia das organizações vencedoras**. Lisboa: Lidel; 2009.

PRADO, M. L. et al. Teoria Fundamentada: bases teóricas, metodológicas y aplicación en enfermería. In.: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. (org.). **Investigación cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: Organización Panamericana de Salud, 2008. p.117-130.

RECH, T.H.; RODRIGUES-FILHO, E.M. Entrevista Familiar e Consentimento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2007, v.19, n.1, 2007.

REDFIELD, D.; HOLMES, S. **Lean Healthcare Pocket Guide XL - Tools for the Elimination of Waste in ospitals, Clinics and Other Healthcare Facilities**. USA: ELHI, 2004.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período**: janeiro/setembro de 2013. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2013a.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014)**. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, ano XX, n.4, 2014.

REZNICK, D. et al. Applying industrial process improvement techniques to increase efficiency in a surgical practice. **Surgery**.; v.156, n.4, p.752-8, 2014.

ROSSI, F.R.; SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. v.39, n.4, p.460-8, 2005.

ROWAN, M.S. et al. Cultural Competence and Cultural Safety in Canadian Schools of Nursing: A Mixed Methods Study. **Int J Nurs Educ Scholarsh.**, v.10, n. 1, p.1–10, 2013.

ROYO, C.M; ROQUÉ, MAVICTORIA. The organ donation process: a humanist perspective based on the experience of nursing care. **Nursing Philosophy**, v. 13, n.4, p.295–301, 2012.

ROZA, B.A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 3, June 2010.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev.bras. enferm.** v. 60, n.2, pp. 221-224, 2007.

SANTOS, J.L.G. dos et al. Concepções de enfermeiros sobre a gerência do cuidado em um serviço de emergência: estudo exploratório-

descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2012.

SANTOS, J.L.G. dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, 2013 .

SANTOS, M.J, MASSAROLLO, M.C.K.B., MORAES, E.L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.5, p.788-94, 2012.

SANTOS, M.J.S.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.4, p.472-8, 2011.

SC TRANSPLANTES. **Dados sobre doação e transplante 2013.**

Disponível em:

<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/images/2013/dezembro%202013a.pdf> Acesso em: 15 jan. 2014.

SCHWARZ, P. et al. Lean processes for optimizing OR capacity utilization: prospective analysis before and after implementation of value stream mapping (VSM). **Langenbecks Arch Surg**; v.396, n.7, p.1047-53, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO.

Coordenação do Sistema Estadual de Transplante. **Doação de órgãos e tecidos**. São Paulo; 2002.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Estrutura organizacional.**

Disponível em:

<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1191&Itemid=412> . Acesso em: 27 out 2015

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Plano Estadual de Transplantes. 2006.** Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/plano_transplante/Plano_Estadual_Transpante_SC.pdf> . Acesso em: 01 maio 2015.

SELAU, L.P.R. et al. Produção enxuta no setor de serviços: caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. **Revista Gestão Industrial** v.5, n.1, p. 122-40, 2009.

SENNF, D.S. et al. **Produção enxuta em serviços**: potenciais aplicação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. VI SEPROSUL – Semana de Engenharia de Produção Sul-Americana; 06 a 10 de novembro; Florianópolis-SC. Florianópolis: SEPROSUL, 2006.

SETIJONO, D.; NARAGHI, A.M.; RAVIPATI, U.P. Decision support system and the adoption of lean in a swedish emergency ward: balancing supply and demand towards improved value stream. **International Journal of Lean Six Sigma**, v.1, n.3, p.234-48, 2010.

SHARMA, V. et al. Simulation application for resource allocation in facility management processes in hospitals. **Facilities**; v.25, n.13, p.493-506, 2007.

SILBERSTEIN, A.C.L. **Um estudo de casos sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no brasil** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

SIMÕES, F.M.C.A. **Lean Healthcare** – O conceito Lean aplicado à realidade dos serviços de saúde. 2009. 127f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Tecnologia, Inovação e Conhecimento) – Universidade de Aveiro. Aveiro, 2009.

SIQUEIRA, V.T.A.; KURCGANT, P. Job Satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.1, p.146-52, 2012.

SMITH, C.; WOOD, S.; BEAUVAIS, B. Thinking Lean: Implementing DMAIC Methods to Improve Efficiency Within a Cystic Fibrosis Clinic. **J Healthc Qual.**; v.33,n.2, p.37-46, 2011.

SOUSA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde**: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 333f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SPAGNOL, G.S.; MIN, L.L.; NEWBOLD, D. **Lean principles in Healthcare**: an overview of challenges and improvements. Anais da 6^a Conferência IFAC em Gestão e Controle de Produção e Logística; 11-13 set; Fortaleza: IFAC; p. 229-34, 2013.

STERN, P.N.; KERRY, J. Example: Restructuring life after home loss by fire. In: MORSE, J.M. et al. **Developing Grounded Theory**: the second generation. WalnutCreek: Left Coast Press, 2009. p. 66-83.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory?** Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

TIMMONS, S.; COFFEY, F.; VEZYRIDIS, P. Implementing lean methods in the emergency department: the role of professions and professional status. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.214-28, 2014.

TOLEDO, A.H. et al. Reducing liver transplant length of stay: a lean six sigma approach. **Prog Transplant.**; v.23, n.4, p.350-64, 2013.

TOUSSAINT, J.; GERARD, R.A. **Uma transformação na saúde**: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre: Bookman, 2012. 162p.

TOUSSAINT, J.S.; BERRY, L.L. The Promise of Lean in Health Care. **Mayo Clin Proc.** V.88, n.1, p. 74-82, 2013.

TRAIBER, C.; LOPES, M.H.I. Educação para doação de órgãos. **Scientia Medica**, v.16, n.4, p.178-82, 2006.

ULHASSAN, W. et al. Antecedents and Characteristics of Lean Thinking Implementation in a Swedish Hospital: A Case Study. **Qual Manag Health Care**; v.22, n.1, p.48-61, 2013.

ULHASSAN, W. et al. Does lean implementation interact with group functioning. **J Health Organ Manag.**; v.28, n.2, p.196-213, 2014.

ULHASSAN, W. et al. Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting – a multi-method study. **BMC Health Serv Res.**; v.22, n.14, p.480-9, 2014.

VATS A. et al. The impact of a lean rounding process in a pediatric intensive care unit. **Crit Care Med.** v.40, n.2, p. 608-17, 2012.

VATS, A.; GOIN, K.H.; FORTENBERRY, J.D. Lean analysis of a pediatric intensive care unit physician group rounding process to identify inefficiencies and opportunities for improvement. **Pediatr Crit Care Med.**, v.12, n.4, p.415-21, 2011.

VLIET, E.J.V. et al. Efficacy and efficiency of a lean cataract pathway: a comparative study. **BMJ Qual Saf.**, v.19, n.6, p.1-6, 2010.

VLIET, E.J.V. et al. Exploring the relation between process design and efficiency in high-volume cataract pathways from a lean thinking perspective. **Int J Qual Health Care** v.23, n.1, p. 83-93, 2011.

WARING, J.J.; BISHOP, S. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. **Soc Sci Med.**, v.71, n.7, p.1332-40, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

WINSETT, R.; YORKE, J.; CUPPLES, S. Professional issues in transplanation. In: OHLER L, CUPPLES S, editors. **Core curriculum for transplant nurses**. Philadelphia (US): Mosby Elsevier; 2008. p. 287-301.

WOLF, L. et al. Fall Prevention for inpatient oncology using lean and rapid improvement event techniques. **HERD.**; v.7, n.1, p.85-101, 2013.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T.; ROOS, D. **A Máquina que Mudou o Mundo**. 11ª Edição, Rio de Janeiro: Campus, 1992.

WOMACK, J.P. et al. **Going Lean in Health Care**. Institute for Healthcare Improvement. Cambridge, USA: Institute for Healthcare Improvement; 2005. 24p

WOMACK, J.P.; JONES, D.T **A mentalidade enxuta nas empresas Lean Thinking: elimine o desperdício e crie riqueza**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

YAMAMOTO, J.; ABRAHAM, D.; MALATESTINIC, B. Improving insulin distribution and administration safety using lean six sigma methodologies. **Hosp Pharm**; v.45, n.3, p.212–24, 2010.

YOUSRI, T.A. Lean thinking: Can it improve the outcome of fracture neck of fêmur patients in a district general hospital? **Injury**, v.42, n.11, p.1234–37, 2011.

YUSOF, M.M.; KHODAMBASHI, S.; MOKHTAR, A.M. Evaluation of the clinical process in a critical care information system using the Lean method: a case study. **BMC Med Inform Decis Mak.**; v.12, p.150, 2012.

ZHU, Y.; LU, Z.; DAI, Z. Improving Efficiency and Patient Satisfaction in a Peripherally Inserted Central Catheter Center Using Lean-Based Methodology. **JAVA.**; v.19, n.4, p.244-55, 2014.

APÊNDICE A – Relatório das Atividades Do Doutorado Sanduíche

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DESEVOLVIDAS NO
DOUTORADO SANDUÍCHE NA KENT STATE UNIVERSITY,
OHIO, EUA.**



Doutoranda: Aline Lima Pestana Magalhães
Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

**Florianópolis
2015**

1 IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL E DA SUPERVISORA DO ESTÁGIO DE DOUTORADO SANDUÍCHE

- **Local:** Kent State University College of Nursing, 113, Henderson Hall, P. O. Box 5190, Kent, OH, 44242, Estados Unidos
- **Orientadora:** Mary K. Anthony – PhD, RN, CS, Professor and Associate Dean for Research, Director of the PhD Program. E-mail: manthony@kent.edu
- **Período:** 04 de agosto a 31 de dezembro de 2014.

Kent State University é uma instituição pública que foi fundada em 1910 e está situada em Kent, Ohio. É considerada uma universidade de alta atividade de pesquisa dos Estados Unidos e está ranqueada entre as 200 melhores universidades do mundo, de acordo com os dados do relatório do U.S News & World Report (<http://colleges.usnews.rankingsandreviews.com/best-colleges/rankings/national-universities/data/>).

A escolha do local de estágio ocorreu em função da experiência da Dra. Mary K. Anthony em estudos relacionados a Gerenciamento/Administração de Enfermagem e pela expertise da pesquisadora em modelos de cuidados, bem como pela parceria acadêmica estabelecida entre a Universidade Federal de Santa Catarina e a Kent State University College of Nursing.

Além disso, por meio do edital Pesquisador Visitante Especial - PVE do CNPq/Programa Ciência sem Fronteiras, foi elaborado o projeto de pesquisa intitulado "GOVERNANÇA E GESTÃO/GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE: tradução, adaptação e validação de instrumentos internacionais para uso no Brasil" possibilitando e fortalecendo essa parceria acadêmica. Esse projeto foi aprovado pelo CNPq sob o número de processo 401854/2013-2, sendo financiado pela Chamada Nº 71/2013 Bolsa Pesquisador Visitante Especial - PVE - MEC/MCTI/CAPES/CNPq/FAPs, Linha 2 - Bolsa Pesquisador Visitante Especial - PVE, coordenado pela Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

O objetivo com o Doutorado Sanduíche foi obter aprofundamento teórico e metodológico com intuito de subsidiar a discussão dos resultados da proposta de tese em desenvolvimento no Brasil bem como manter a pesquisa referente ao projeto financiado e discutir os resultados parciais com o orientador no exterior.

2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA KENT STATE UNIVERSITY E NO COLLEGE OF NURSING

Data	Descrição da atividade desenvolvida
04.08 – 22.12	Encontros semanais com Dra. Mary Anthony para desenvolver artigo sobre Modelos de Cuidados em Saúde, discutir resultados do projeto de pesquisa intitulado "GOVERNANÇA E GESTÃO/GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE: tradução, adaptação e validação de instrumentos internacionais para uso no Brasil", bem como dados parciais da minha tese (Foto 1)
15.08	Workshop “How to Do a Literature Review”, apresentado pela Dra. Clare Leibfarth na Kent State University Libraries
19.08 - 20.08	Participação no <i>New student Graduate Student Orientation</i> , Fall Semester
22.08	Participação no <i>Orientation to the PhD program</i>
22.08 – 04.12	Encontro mensais no Grupo de pesquisa da Dra. Ratchneewan Ross
25.08	Participação no <i>College of Nursing International Activities Interest Group (CONIAIG) Meeting</i> Participação no <i>PhD Pizza Party</i> : festa de recepção e acolhimento dos alunos de Doutorado do <i>College of Nursing</i> (Foto 2)
27.08 - 04.12	Participação nas disciplinas do Curso de Doutorado em Enfermagem (Foto 3): <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Introduction to Nursing Knowledge Domains</i> ✓ <i>Nursing Science Seminar I</i> ✓ <i>Foundations of Research Methods</i>
08.09 - 03.12	Participação nas aulas individuais de inglês oferecidas pelo <i>Speech and Hearing Clinic</i> , supervisionada pela Mrs. Lynn Berk
08.09	<i>Engagement Series: Brown Bag Seminar: Improving heart failure outcomes in long term care facilities</i>
19.09	Workshop sobre a ferramenta RefWorks apresentado pelo Dr. Paul Fermann na Kent State

	University Libraries
03.10	Workshop sobre o gerenciador de referências Zotero apresentado pelo Dr. Paul Fermann na Kent State University Libraries
06.10	<i>Engagement Series: Brown Bag Seminar: Urinary Incontinence Evaluation</i>
17.10	<i>Walsh University 3rd Annual Nursing Research Day</i> . Nesse evento tive a oportunidade de conhecer duas grandes teóricas da Enfermagem – Dra. Jacqueline Fawcett e Dra. Betty Neuman
23.10	Participação no evento sobre Doação e Transplante de órgãos intitulado <i>Taking Donation to New Heights</i> .
03.11	<i>Engagement Series: Brown Bag Seminar: Using a qualitative approach to explore Nursing Faculty Perceptions of teaching Online</i>
04.11	Participação na reunião semanal de transplante cardíaco no <i>University Hospital Case Medical Center</i> , Cleveland, Ohio
13.11 – 14.11	Participação no <i>International Nursing Administration Research Conference</i>
01.12	Fui palestrante no <i>Engagement Series: Brown Bag Seminar: Process of Organ Donation and Transplant: Brazilian and North American Context (Foto 4)</i>

3 PARTICIPAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TRABALHO EM EVENTOS CIENTÍFICOS

- ✓ *Walsh University 3rd Annual Nursing Research Day*. Nesse evento tive a oportunidade de conhecer duas grandes teóricas da Enfermagem – Dra. Jacqueline Fawcett e Dra. Betty Neuman (Foto 5)
- ✓ *Lifebanc Collaborative: Taking Donation to New Heights*.
- ✓ *International Nursing Administration Research Conference* (INARC, Dallas, Texas, 2014)
 - *Apresentei o trabalho intitulado Lean Thinking in health and nursing: an integrative review of the literature (Foto 6)*

4 VISITAS A OUTRAS UNIVERSIDADES

- ✓ The Akron University, Akron, Ohio
- ✓ Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio
- ✓ Walsh University, North Canton, Ohio

5 VISITAS A INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

- ✓ University Hospital Case Medical Center, Cleveland, Ohio
- ✓ Summa Health Systems, Akron, Ohio
- ✓ Akron Children Hospital, Akron, Ohio

6 CONTRIBUIÇÕES DO DOUTORADO SANDUÍCHE PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA, PROFISSIONAL E PESSOAL

O estágio doutoral no exterior visa qualificar a formação de estudantes em competências e habilidades necessárias para o avanço da sociedade e do conhecimento científico. Ao inserir estudantes em instituições de ensino e pesquisa de excelência promove-se a internacionalização das instituições brasileiras, bem como se oportuniza o intercâmbio de saberes, culturas e experiências.

A participação nas disciplinas do Curso de Doutorado, os encontros semanais com a orientadora, as conversas com os profissionais que estavam inseridos no processo de doação de órgãos e transplantes, as visitas em hospitais americanos e a participação em eventos científicos estão sendo fundamentais para o aprimoramento e desenvolvimento da tese e possibilitaram-me compreender melhor o meu objeto de estudo.

Conheci alguns serviços de doação de órgãos e transplantes e pude perceber que o Brasil e os Estados Unidos têm muitas aproximações em termos da organização do sistema de transplantes. No Brasil adotamos dois tipos de modelos de organização, sendo um americano e o outro é espanhol.

Existem peculiaridades de cada país dentro desse contexto. De fato, os Estados Unidos têm estrutura física, recursos materiais e recursos humanos excelentes para atender a população que necessita de um órgão. No entanto, o acesso a esse benefício é mais restrito, pois o paciente e seu familiar tem que ter recursos financeiros suficientes para fazer o pagamento desse procedimento. No Brasil, os pacientes têm

acesso a esses procedimentos gratuitamente por meio do nosso Sistema Único de Saúde.

A oportunidade de realizar esta imersão em outro país me proporcionou amadurecimento pessoal, acadêmico e profissional permitindo-me a valorizar o meu país, a minha cultura, a minha universidade. Ainda possibilitou-me maior visão da internacionalização da pesquisa científica e segurança para encarar os desafios do meio acadêmico para desenvolver novas pesquisas na área da gerência do cuidado em doação e transplantes de órgãos.

É importante destacar que nesse processo fiz novas amizades, convivi com outras culturas que foram essenciais para encarar todos os desafios ali enfrentados.

Dessa forma, gostaria de agradecer algumas pessoas que foram essenciais nesse processo:

- ✓ À Deus, que esteve comigo a todo instante guardando a minha vida e me fortalecendo nos desafios;
- ✓ À minha família, em especial ao meu marido, meus pais e meu irmão que não mediram esforços para que eu pudesse ter essa experiência acadêmica;
- ✓ À minha orientadora, prof^a Alacoque Lorenzini Erdmann, pela oportunidade de fazer o doutorado sanduíche nos Estados Unidos por meio do projeto Pesquisador Visitante Especial - PVE do CNPq do Programa Ciência sem Fronteiras e também pelo incentivo e encorajamento de sempre buscar novos desafios para o meu aprimoramento pessoal e profissional;
- ✓ Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que oportunizou esta experiência pelo programa “Ciências sem Fronteiras”;
- ✓ Aos amigos Gepadianos que se fizeram presente me apoiando nessa trajetória;
- ✓ A Kent State University College of Nursing, aos alunos do Curso de Doutorado, secretarias e aos professores, em especial a Dra. Mary Anthony e Ratchneewan Ross pelo acolhimento e apoio durante a estadia nos Estados Unidos;
- ✓ A Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem pelo incentivo e suporte na busca do Doutorado Sanduíche;

- ✓ À minha American Host Family, Karen e Wayne Griffiths (Foto 7) que me receberam de forma incondicional e me oportunizaram vivenciar a cultura americana e cuidaram de mim como filha;

CARTA DE AVALIAÇÃO DA ORIENTADORA NO EXTERIOR



February 20, 2015

Coordenação de Execução de Bolsas no Exterior – COEBE
 National Council for Scientific and Technological Development – CNPq
 SHIS QI 1 Conjunto B - Blocos A, B, C e D
 Lago Sul - Brasília, DF, Brazil - Cep: 71605-001

RE: Aline Pestana

Aline Pestana, a PhD Nursing Student from Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, SC, was a visiting scholar at Kent State University's College of Nursing from August 1, 2014 to January 4, 2015. The purpose of her visit was to further develop her dissertation research on models of care describing the process of organ donation using lean thinking.

Aline participated in a number of academic and professional activities that extended her conceptual, methodological and practice-based understanding of models of care in general and the process of organ transplantation in the U.S. She attended classes in the PhD program related to philosophy of science, methods of scientific study, and a general seminar related to doctoral and scientific norms and practices. Aline participated in educational offerings such as brown bag engagement lecture. She was also the main presenter for one of these lectures that was attended by both faculty and students in the College of Nursing at Kent State. In November, 2014, Aline attended the International Nursing Administration Research Conference in Dallas Texas, presented a poster, and was able to meet and network with other U.S. researchers.

During her visit, Aline worked diligently to continue her development of the theoretical underpinning of models of care and their evolution over the past 3 decades. She began the development of a manuscript with the aim of publishing it in a U.S. journal. Aline visited several clinical hospitals and agencies to further her understanding of organ donation and the structure and processes of donation in the U. S.

During these activities, her performance demonstrated a scholarly approach to understanding the similarities and differences of organ donation between the U.S and Brazil. She was able to integrate new literature and ideas into her thinking, ask relevant questions and share insights. Our work together was mutually beneficial.

In summary, the period of study at Kent State was useful to Aline in furthering the development of models of care specifically related to organ donation. It was a pleasure to host Aline and believe her continued studies will position her for being a nurse leader in Brazil.

¹
 College of Nursing

P.O. Box 5190 • Kent, Ohio 44242-0001
 Main Office: 330-672-7930 • Fax: 330-672-5003
 Email: nursing@kent.edu • <http://www.kent.edu/nursing>



PARECER DA ORIENTADORA NO BRASIL ACERCA DO DOUTORADO SANDUÍCHE

Venho por meio deste, registrar minha imensa satisfação pelos resultados obtidos pela aluna doutoranda Aline Lima Pestana Magalhães na realização do Doutorado Sanduíche na Kent State University (KSU) College of Nursing sob a orientação da professora pesquisadora, Dra. Mary K. Anthony, no período de 01/08/2014 a 31/12/2014.

Essa interlocução acadêmica foi viabilizada pelo edital Pesquisador Visitante Especial - PVE do CNPq/Programa Ciência sem Fronteiras, por meio do projeto de pesquisa intitulado "GOVERNANÇA E GESTÃO/GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE: tradução, adaptação e validação de instrumentos internacionais para uso no Brasil" possibilitando e fortalecendo essa parceria acadêmica. Esse projeto foi aprovado pelo CNPq sob o número de processo 401854/2013-2, sendo financiado pela Chamada N° 71/2013 Bolsa Pesquisador Visitante Especial - PVE - MEC/MCTI/CAPES/CNPq/FAPs, Linha 2 - Bolsa Pesquisador Visitante Especial - PVE que inclui bolsas para SWE e de Pós-Doutorado.

O desempenho das atividades acadêmicas, tais como discussão teórica com a orientadora do exterior, visitas em hospitais e em serviços de doação de órgãos e transplantes, bem como a participação em eventos científicos internacionais, conforme descrito pela aluna no relatório técnico, são fundamentais para a formação do doutor com perfil diferenciado pois permite maior inserção e domínio da internacionalização.

O convívio e a realização de experiências extra país, o exercício da mobilidade acadêmica, com aprofundamentos teóricos e metodológicos importantes para a pesquisa junto a orientadora estrangeira e os alunos do

curso de doutorado da KSU seguramente permitiram o amadurecimento pessoal e profissional da doutoranda.

A aluna cumpriu o cronograma de atividades proposto, aproveitando adequadamente seu período de estágio.

Registro também, meus cumprimentos à aluna Aline Lima Pestana Magalhães pelo sucesso obtido neste estágio e agradeço a Profa. Dra. Mary Anthony pelo acolhimento e colaboração na formação da aluna, com muita dedicação e apreço.

Florianópolis, 04 de março de 2015.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alacoque', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Alacoque Lorenzini Erdmann

FOTOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Foto 1: Encontros semanais com Dra. Mary Anthony na Kent State University College of Nursing.



Foto 2: Participação no PhD *Pizza Party*



Foto 3: Participação nas disciplinas do Curso de Doutorado em Enfermagem



Foto 4: *Palestra no Engagement Series: Brown Bag Seminar: Process of Organ Donation and Transplant: Brazilian and North American Context*



Foto 5: Com as grandes teóricas da Enfermagem – Dra. Jacqueline Fawcett (à esquerda) e Dra. Betty Neuman (à direita) no *Walsh University 3rd Annual Nursing Research Day*.



Foto 6: *International Nursing Administration Research Conference*

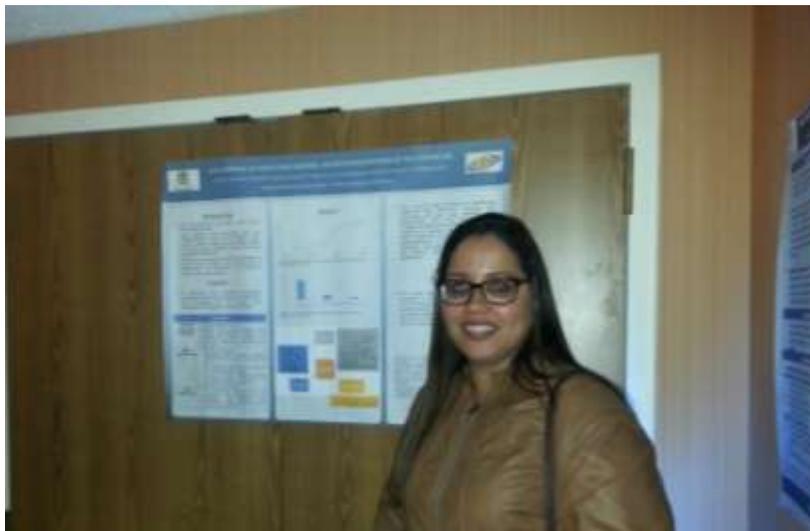


Foto 7: *American Host Family*



APÊNDICE B – Instrumento de Validação do Modelo Paradigmático

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO

Validador:

Instituição:

Este instrumento de validação será composto de três etapas. Primeiramente será realizada uma breve apresentação da pesquisa, com algumas explicações sobre o percurso metodológico; a descrição dos resultados do modelo paradigmático e, em seguida as orientações para a validação do modelo paradigmático.

1 BREVE APRESENTAÇÃO

PERGUNTA DE PESQUISA: Como os enfermeiros experienciam e significam a gerência do cuidado do processo de doação e transplantes de órgãos de um estado do sul do Brasil?

OBJETIVO: Construir um modelo teórico explicativo da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplantes de órgãos a partir dos significados atribuídos pelos enfermeiros atuantes nesse contexto

REFERENCIAL METODOLÓGICO: Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

PERCURSO METODOLÓGICO: A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde dos serviços de doação e transplante de órgãos e com enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva (UTI) e emergência dos municípios de Florianópolis, Blumenau e Joinville. A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2014 à outubro de 2015, através de entrevista semiestruturada, sendo norteada pelas seguintes perguntas: Como você gerencia o cuidado no processo de doação e transplante de órgãos? Como ele acontece em seu contexto de trabalho? A amostragem teórica foi composta por três grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi composto por 9 enfermeiros da equipe técnica da Central de Transplantes, sendo um enfermeiro coordenador. O segundo grupo amostral foi composto por 15 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que desenvolviam suas atividades em Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para

Transplantes (CIHDOTT). Integraram o terceiro grupo amostral 10 enfermeiros assistenciais de UTI e emergência, 1 médico gestor e um médico cirurgião da equipe captadora de órgão. Assim, o tamanho da amostra foi determinado pela saturação teórica dos dados, totalizando 36 entrevistas.

Grupo amostral	Participantes	Quantidade
1°	Enfermeiros da Central de Transplantes	09
2°	Profissionais da CIHDOTT	15
3°	Enfermeiros assistenciais da UTI e emergência, médico gestor e médico captador	12
Totalizando: 36 participantes		

A TFD é um método de pesquisa no qual coleta de dados, análise e teoria mantêm uma relação muito próxima, e tem o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos, e permitindo que a teoria surja influenciada pelos dados descobertos, e não apenas pelas especulações do pesquisador, configurando um guia importante para a ação.

O resultado do processo da TFD é uma teoria que é delimitada a partir do fenômeno e de cinco componentes, conforme a figura a seguir representa.



2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DO MODELO PARADIGMÁTICO

FENÔMENO

Gerenciando o cuidado no contexto complementar e interdependente do processo de doação e transplantes de órgãos e tecidos com o foco no paciente em lista de espera, orientado pela melhoria contínua e o desenvolvimento da cultura da doação.

1 Componente Contexto - possui uma categoria e quatro subcategorias:

- 1 CONTEXTO - Apresentando o contexto complementar e interdependente da gerência do cuidado no processo de doação e transplante
 - 1.1 Destacando as competências do enfermeiro nos contextos da gerência do cuidado
 - Atitudes
 - Conhecimento
 - Habilidades relacionais
 - 1.2 Revelando o contexto da Central de Transplantes
 - Caracterizando o trabalho do enfermeiro da Central
 - Descrevendo o cuidado oferecido
 - Fluxo da gerência do cuidado realizada pela Central
 - Planejamento Participativo
 - 1.3 Conhecendo o contexto da CIHDOTT
 - Caracterizando o trabalho do enfermeiro da CIHDOTT
 - Descrevendo o cuidado oferecido
 - Fluxo da gerência do cuidado realizada pela CIHDOTT
 - 1.4 Descrevendo o contexto das Unidades Hospitalares
 - Fluxo da gerência do cuidado no processo de doação e TX na UTI
 - Fluxo da gerência do cuidado no processo de doação-TX na EMG
 - Unidades hospitalares foco de potenciais doadores

2 Componente Causa - possui uma categoria e sete subcategorias:

- 2 CAUSA - Mobilizando a cadeia de fluxo da gerência do cuidado no processo doação e transplante com o foco no paciente em lista de espera
 - 2.1 Revelando o paciente em lista de espera como foco da gerência do cuidado
 - 2.2 Identificando o potencial doador por meio da busca ativa
 - 2.3 Notificando a abertura do protocolo de ME e a confirmação do diagnóstico de ME
 - 2.4 Realizando a manutenção e validação do potencial doador
 - 2.5 Entrevistando a família do potencial doador
 - 2.6 Conferindo a documentação
 - 2.7 Organizando a logística e distribuição de órgãos e tecidos

3 Componente Interveniência - possui uma categoria e duas subcategorias:

- 3 INTERVENIÊNCIA - Temporalidade em suas diversas faces que potencializam e fragilizam o processo de doação e transplante
 - 3.1 Destacando os múltiplos entraves que reperculam na temporalidade do processo
 - Lidando com a imprevisibilidade
 - Logística
 - Priorizando o cuidado ao paciente vivo ao invés do paciente em ME
 - Recursos físicos, material e humanos
 - Referindo que a demanda interfere no cuidado ao paciente em ME
 - Relacionados à CIHDOTT
 - Relacionados à Equipe
 - 3.2 Distinguindo as facilidades para dar fluidez à temporalidade do processo
 - A tecnologia facilitando a comunicação durante o processo de doação
 - Acolhendo e estabelecendo vínculo de confiança com a família
 - Apoio técnico para tomada de decisão clínica
 - Autonomia da Central para contratação de serviços
 - Conhecendo o desejo do familiar à doação
 - Conhecimento e sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao processo
 - Garantindo a segurança no diagnóstico de ME e segurança no transplante
 - Impacto da mídia no processo de doação
 - Tendo infraestrutura e recursos materiais

4 Componente Estratégias - possui uma categoria e quatro subcategorias:

- 4 ESTRATÉGIAS - Estratégias para a melhoria contínua do processo de doação e transplante
 - 4.1 Capacitação profissional como ferramenta de gestão para melhoria contínua e espaço de troca de experiências entre as CIHDOTT
 - 4.2 Desenvolvendo instrumentos e ações gerenciais para agilizar e assegurar a qualidade do processo
 - Coletando a amostra de sangue do potencial doador
 - Envolvendo outros profissionais na CIHDOTT
 - Escala de sobrevivência
 - Feedback para as equipes dos setores críticos e de apoio
 - Instrumentos gerenciais que auxiliam a gerência do cuidado
 - Mudando a postura de abordar as equipes assistenciais das unidades
 - Remuneração para os profissionais da CIHDOTT
 - Reorganizando o fluxo de disponibilização de córneas
 - Reuniões técnicas
 - 4.3 Elaborando a padronização dos processos como recurso para a mudança da cultura organizacional
 - 4.4 Monitorando o processo de doação-transplante
 - Avaliando os indicadores para mensuração do desempenho
 - Identificando as não conformidades e erros no processo para definição de ações corretivas e melhoria contínua
 - Realizando a auditoria do processo de doação

5 Componente Consequências - possui uma categoria e duas subcategorias:

- 5 CONSEQUÊNCIAS - Desenvolvendo a cultura da doação de órgãos nos aspectos éticos, legais para a efetivação da doação
- 5.1 Alcançando a doação efetiva por meio da valorização e integração da equipe e do respeito a família
- 5.2 Enfrentando a não efetivação da doação

3 VALIDAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO COM BASE NO MATERIAL EM ANEXO

1) Validação dos 6 componentes do modelo paradigmático:

Comente sobre a clareza e coerência de cada componente do modelo, de acordo com as perguntas a seguir:

O que está acontecendo aqui? (fenômeno);

Onde acontece? (contexto);

O que influencia? (condição causal);

O que pode restringir/facilitar/dificultar? (condição interveniente);

Quais estratégias são utilizadas para lidar com o fenômeno? (estratégias);

O que acontece como resultado? (consequência).

2) Validação do conteúdo expresso em relação à realidade vivenciada como profissional enfermeiro e/ou pesquisador

Comente sobre sua experiência em relação ao modelo apresentado, expresso pelos seis componentes. Você reconhece e/ou vivenciou o que está representado nas categorias?

Há algo que não foi contemplado no modelo? Comente.

Em relação à apresentação do modelo, você considera que há integração entre as categorias?

Os nomes das categorias são adequados? Quais alterações você sugere?

No que tange o nível de abstração do modelo e generalização, qual a abrangência do modelo? Poderia ser aplicado em outros cenários do contexto em saúde? Poderia ser aplicado em outras cidades?

APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista (1º Grupo Amostral)

ENTREVISTA n°: _____

PARTE I – Dados sócio-profissionais

1. Idade: ___ anos
2. Sexo: () M () F
3. Tempo de atuação: () na Enfermagem () No serviço
doação-transplante
4. Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre ()
Doutor

Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar
área.

PARTE II – Perguntas auxiliaadoras para Entrevista

1. Me fale sobre sua experiência em relação:
 - A gerência do cuidado no processo de doação de órgãos
 - À sua atuação na articulação entre os profissionais de saúde e enfermagem
2. Qual significado da gerência do cuidado de enfermagem no contexto do processo de doação de órgãos e transplante para você?
3. Como você gerencia o cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante? Como ele acontece em seu contexto profissional?
4. Como a gerência do cuidado de enfermagem nesse contexto pode ser melhorado?

Destaca-se que outras perguntas serão direcionadas pela pesquisadora, a partir das respostas dos participantes, levando-os a refletirem sobre suas práticas de gerência do cuidado no processo de doação de órgãos e transplante.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos**, sob responsabilidade da pesquisadora Aline Lima Pestana Magalhães, orientada pela Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, vinculada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de uma tese de doutorado que tem por objetivos compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante; analisar a prática/ação/interação da gerência do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros nesse contexto; e construir um modelo teórico sobre a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante.

A sua participação na pesquisa é voluntária, podendo optar por participar da mesma ou não, sem qualquer implicação para você. Caso concordes em participar da pesquisa receberás este termo em duas vias. Após assinatura dos mesmos, uma cópia ficará com você e outra com a pesquisadora. Participará de uma entrevista que será gravada com a sua autorização, sendo realizada no horário e local indicados, conforme sua disponibilidade no momento. Haverá também momentos de observação participante. Os dados serão transcritos na íntegra e serão apresentados a você para que aprove os mesmos. Não serão utilizados dados na pesquisa que não forem aprovados por você.

Destaco que essa pesquisa não terá risco potencial para os participantes, porém ao relembrar das situações de cuidados vivenciadas poderão sentir desconforto emocional. Informo que essa pesquisa poderá contribuir para reflexão crítica acerca da prática da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante e gerar melhorias na assistência de enfermagem, bem como avanços no conhecimento nessa área de atuação.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sendo necessário que entre em contato com o pesquisador por meio do email aline.pestana84@gmail.com ou por telefone no número (48)9919-0175. A aprovação dessa pesquisa pode ser confirmada no Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão pelo telefone (48) 3251-9092, bem como essa instituição deve ser procurada em caso de questionamentos sobre a ética na condução da pesquisa. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhum prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos

serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha inclusão na pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____.

CPF: _____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO A - Ofício de Solicitação para coleta de dados à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO
DE ENFERMAGEM E SAÚDE - GEPADES
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399
e-mail: alacoque@newsite.com.br

Ilm. Sr. Joel de Andrade
Coordenador da SC Central de Transplantes
Florianópolis - SC

Vimos por meio deste, solicitar autorização para realização da coleta de dados da pesquisa intitulada **Construindo um modelo de gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos**, a ser desenvolvida na Central de Transplantes, a partir de março de 2014. Encaminhamos, em anexo, o projeto de pesquisa.

Estamos à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Aline Lima Pestana Magalhães
(Pesquisadora)

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
(Professora responsável pelo projeto)

ANEXO B – Declaração de aceite para coleta de dados na SC Transplantes

DECLARAÇÃO

(responsável pela instituição da coleta de dados)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição SC Central de Transplantes, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: Construindo um modelo de gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 05/03/2014

ASSINATURA: 

NOME : **Leandro Silva Botelho**

Gerente de Transplantes/SES

Matrícula 350.161-02-2

CARGO:

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos

Pesquisador: Aline Lima Pestana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31929414.2.0000.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 715.434

Data da Relatoria: 10/07/2014

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, o transplante de órgãos tornou-se uma opção terapêutica segura e eficaz no tratamento de doenças que causam insuficiências e falências de órgãos ou tecidos, como insuficiência renal, cardíaca, hepática, sendo capaz de prolongar a vida de pacientes, melhorando a qualidade e perspectiva de vida das pessoas acometidas por tais doenças. Nesse cenário, a Enfermagem é essencial para garantir o sucesso do processo de doação de órgãos e transplante, pois possui meios que possibilitem a congruência da ação organizacional, por meio de recursos administrativos, dos conhecimentos, habilidades e atitudes em gestão sendo capaz de promover um ambiente adequado à realização da doação e transplante. O trabalho do enfermeiro é constituído pelos processos de cuidar e gerenciar. Ao entrelaçamento desses dois objetos – cuidado e gerência denomina-se gerência do cuidado de enfermagem. O primeiro refere-se ao cuidado direto, por finalidade o cuidado integral e a gerencial se propõe a criar condições adequadas de cuidado aos pacientes e de desempenho para os trabalhadores. Entende-se a doação de órgãos e transplante, como um processo produtivo complexo que envolve múltiplas relações/interações entre os atores envolvidos, sejam eles médicos, enfermeiros, familiares, doadores e receptores, que necessita manter um fluxo contínuo de cuidado, sem desperdício de tempo e recursos, tanto material quanto humanos e que as ações

Endereço: Rua Barbosa, nº 152

Bairro: Agrônoma

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município:

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cep@ig@saude.sc.gov.br

Continuação do Parecer: 715-434

de cuidado aconteçam no lugar certo e no momento certo com o intuito de garantir que o produto desse processo seja a proteção e perfusão dos órgãos especificamente, de modo a oferecer o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados. O Lean thinking (Pensamento enxuto, em português) pode ser definido como uma abordagem sistemática que permite a identificação e eliminação do desperdício nos processos produtivos, tendo como foco principal agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera como valor. Os conceitos do Pensamento Lean podem ser empregados em qualquer setor produtivo, inclusive nos de produção de serviços, como os de saúde, visto que permite alcançar altos níveis de qualidade, baixos custos, eficiência e eficácia na prestação dos cuidados. As organizações usam princípios, práticas e ferramentas Lean para gerar valor aos seus clientes, ou seja, bens e serviços com uma qualidade melhor, com menos erros e desperdícios. Baseada nos métodos da Toyota, o pensamento Lean leva a melhores resultados por meio de menos esforço, espaço, dinheiro e tempo. Diante das considerações apresentadas, elaboraram-se as seguintes perguntas de pesquisa: Como os enfermeiros realizam a gestão do cuidado nos serviços de doação de órgãos e transplantes de um estado do sul do Brasil? Qual o significado da prática/ação/interação da gestão do cuidado de enfermagem nos serviços de doação de órgãos e transplantes para os enfermeiros? E que aproximações essas ações/interações têm com a gestão enxuta? Neste sentido, objetiva-se compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca da gestão do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante; analisar a prática/ação/interação da gestão do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros nesse contexto na perspectiva da gestão enxuta; e construir um modelo teórico sobre a gestão do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante, a partir da prática do enfermeiro e da gestão enxuta. Trata-se de um estudo qualitativo orientado pela metodologia da Grounded Theory. Os participantes da pesquisa serão elencados a partir da realização do estudo por meio da composição de grupos amostrais com indivíduos que tenham experiências relevantes em relação ao fenômeno investigado. O primeiro grupo amostral será composto, de forma indutiva, por enfermeiros que atuam na central de transplante de Santa Catarina. Os demais grupos amostrais serão constituídos a partir da análise dos dados emergidos da coleta de dados com o primeiro grupo. Os dados serão coletados por meio da observação participante e da entrevista semiestruturada. Para análise dos dados, será adotado o método de análise comparativa constante, por meio dos processos de codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Endereço: Rua Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

UF: SC

Município:
CEP: 88.025-301

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cep@ig@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 715.434

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante;

Objetivo Secundário:

Analisar a prática/ação/interação da gerência do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros nesse contexto na perspectiva da gestão enxuta; e construir um modelo teórico sobre o gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante, a partir da prática do enfermeiro e da gestão enxuta

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não envolverá risco potencial para os participantes, porém ao relembrar das situações de cuidados vivenciadas poderão sentir desconforto emocional.

Benefícios:

Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir de forma significativa para as melhorias no processo de doação de órgãos e transplante, bem como poderá orientar o trabalho do enfermeiro no gerência do cuidado. Poderá ainda instrumentalizar os enfermeiros para uma intervenção/assistência/ação mais ativa, efetiva e eficiente no que diz respeito ao cuidado ao paciente doador, receptor e familiares envolvidos nesse processo. Essa temática é de fundamental importância para os profissionais da saúde e para a gestão do cuidado, além de enriquecer a produção científica em enfermagem e na saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante em uma área importante do conhecimento e da atuação humana, que certamente contribuirá para melhorar o cuidado assistencial humanizado em momentos limítrofes e terminais da vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente entregues.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Rua Barbosa, nº 152
 Bairro: Agronômica CEP: 88.025-301
 UF: SC Município:
 Telefone: (483)251-9092 Fax: (483)251-9092 E-mail: cepijg@saude.sc.gov.br

Continuação do Parecer: 715.434

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Quanto às respostas aos questionamentos e pendências elencadas no Parecer Consubstanciado do CEP número 684366, emitido em 11 de junho de 2014:

1. Em relação ao Projeto de pesquisa:

1.1. Quanto ao número de participantes, no final da página 40 e início da página 41 é citado que: “[...]os grupos de participantes ou grupos amostrais vão sendo selecionados progressivamente para integrar a amostra, não podendo ser designados previamente a quantidade de grupos, [...]Poderão ser formados grupos amostrais incluindo, por exemplo, gestores/gerentes dos serviços de transplantes de órgãos, profissionais da equipe de enfermagem e/ou saúde das CINDOTTs (como a do Hospital Infantil Joana deGusmão) doadores vivos, receptores e familiares dos receptores e doadores de órgãos, até o alcance da

saturação teórica dos dados (destaque nosso). O grupo amostral destacado é extremamente vulnerável e não é fundamental na resposta à pergunta de pesquisa: solicita-se considerar sua exclusão no projeto de pesquisa pois seu envolvimento acarretará em uma análise ética individualizada e destacada em relação a este projeto de pesquisa.

SOLICITA-SE QUE, caso a pesquisadora considere fundamental o grupo destacado deve apresentar ao CEP-HIJG emenda específica sobre esta inclusão para análise.

RESPOSTA: “ Foram excluídos os grupos de doadores vivos, receptores e familiares dos receptores e doadores de órgãos dos receptores e doadores de órgãos na página 41, bem como especificado a quantidade de participantes em cada local de pesquisa”.

PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Considerando os objetivos da proposição de estudo, a saber: “Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante; analisar a prática/ação/interação da gerência do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros nesse contexto na perspectiva da gestão enxuta; e construir um modelo teórico sobre a gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante, a partir da prática do enfermeiro e da gestão enxuta” (destaques nosso), entende-se que a pesquisa é direcionada aos profissionais de enfermagem. Na folha de rosto o número de participantes previsto é 20.

Endereço: Rua Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município:

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cep@ijg@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 715.434

SOLICITA-SE esclarecimentos sobre os possíveis locais de coleta de dados e correspondente número de participantes, além da Central de Transplantes (inicialmente 9 participantes) e HIJG (n=?).

RESPOSTA: Grupo enfermeiros central de transplante: serão 10 entrevistas.

Grupo de enfermeiros das CIHDOTTS: serão 10 entrevistas.

PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. Lembramos que a coleta de dados só poderá ter início após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP.

PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Em relação ao TCLE apresentado:

RESPOSTA: "[...] foi acrescentado as informações solicitadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)".

2.1. SOLICITA-SE informar adequadamente o número de contato do CEP-HIJG: (48) 32519092.

PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. SOLICITA-SE informar o participante que o CEP-HIJG, além de aprovar o projeto de pesquisa é a instância que ele deve procurar em caso de questionamentos sobre a ética na condução da pesquisa.

PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Solicita-se que seja incluído no TCLE que, além da entrevista haverá a observação participante, prevendo, se pertinente, a gravação das mesmas e obtenção de fotos.

PARECER DO RELATOR: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

UF: SC

Município:

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cep@ijg@saude.sc.gov.br

**HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC**

Continuação do Parecer: 715.434

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução 466/2012, XI.2, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. No site: www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm, está disponibilizado modelo. Seu primeiro relatório está previsto para JANEIRO DE 2015 ou para quando do encerramento da pesquisa.

11 de Julho de 2014

Assinado por:
Vanessa Borges Platt
(Coordenador)

Endereço: Rua Barbosa, nº 152**Bairro:** Agronômica**CEP:** 88.025-301**UF:** SC**Município:****Telefone:** (48)251-9092**Fax:** (48)251-8092**E-mail:** cep@ijg.saude.sc.gov.br

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construindo um modelo de gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos

Pesquisador: Alacoque Lorenzini Erdmann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32929714.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 783.265

Data da Relatoria: 08/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina realizado por Aline Lima Pestana Magalhães, sob orientação da Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, que assina folha de rosto juntamente com a Chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante;

Objetivo Secundário:

Analisar a prática/ação/interação da gerência do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros nesse contexto na perspectiva da gestão enxuta; e construir um modelo teórico sobre o gerência do cuidado de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplante

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o autor do projeto são informados os seguintes riscos e benefícios:

*Riscos:

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9096 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 703.285

A pesquisa poderá gerar desconforto emocional aos participantes ao lembrarem das situações de cuidados vivenciadas.

Benefícios:

Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir de forma significativa para as melhorias no processo de doação de órgãos e transplante, bem como poderá orientar o trabalho do enfermeiro no gerenciamento do cuidado. Poderá ainda instrumentalizar os enfermeiros para uma intervenção/assistência/ação mais ativa, efetiva e eficiente no que diz respeito ao cuidado ao paciente doador, receptor e familiares envolvidos nesse processo. Essa temática é de fundamental importância para os profissionais da saúde e para a gestão do cuidado, além de enriquecer a produção científica em enfermagem e na saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que todas as recomendações previamente solicitadas foram satisfatoriamente atendidas, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: oep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 763.285

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 08 de Setembro de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)