

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

Meire Cavalieri de Almeida

**Teoria de mudança e resultados de uma iniciativa para melhoria do acesso e efetividade
do transplante renal**

Rio de Janeiro

2019

Meire Cavalieri de Almeida

**Teoria de mudança e resultados de uma iniciativa para melhoria do acesso e efetividade
do transplante renal**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Margareth Crisóstomo Portela.

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A447t Almeida, Meire Cavalieri de.
Teoria de mudança e resultados de uma iniciativa para melhoria do acesso e efetividade do transplante renal / Meire Cavalieri de Almeida. -- 2019.
147 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Margareth Crisóstomo Portela.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Transplante de Rim. 3. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.61

Meire Cavalieri de Almeida

**Teoria de mudança e resultados de uma iniciativa para melhoria do acesso e efetividade
do transplante renal**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em 03 de maio de 2019

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Malik
Fundação Getulio Vargas

Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dr.^a Sheyla Maria Lemos Lima
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Monica Silva Martins
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

Dedico todo o esforço empenhado na elaboração desta tese aos meus pais, com quem aprendi
que um mundo melhor depende de cada um de nós.

AGRADECIMENTOS

A decisão pelo doutorado não foi uma escolha fácil, apesar de muito consciente. Por isso, agradeço a cada um que me apoiou nessa escolha e esteve ao meu lado nesses anos de imersão nesse espaço quase paralelo.

Agradeço aos meus amados pais, Ignêz e Sebastião, por serem sempre tão participativos e me incentivarem das mais diferentes formas.

Ao meu esposo, Filipe - com quem eu dividi trabalhos, angústias e alegrias a cada novo passo - agradeço pela parceria.

À minha irmã, Bruna, agradeço pela amizade mais pura e verdadeira de sempre, fundamental nessa caminhada.

Aos meus sobrinhos, Otávio e Helena, meus pequenos grandes alentos, agradeço simplesmente por existirem.

À Prof. Margareth, agradeço imensamente por compartilhar um pouco da sua sabedoria comigo e por ouvir não somente minhas dúvidas relacionadas à tese durante esse período, mas minhas constantes inquietações.

Aos demais mestres, membros da banca, agradeço antecipadamente pela disponibilidade e contribuição. Agradeço especialmente às professoras Ana Maria Malik e Sheyla Lemos, pelas valiosas sinalizações na qualificação do projeto deste trabalho.

Agradeço também a todos que colaboraram para o desenvolvimento e operacionalização do estudo no momento de coleta no campo, me auxiliando em aspectos diversos, desde a reserva de sala para as entrevistas e acesso aos arquivos, até a imensa colaboração em me ceder um pouco do seu tempo. Em especial, agradeço à equipe do transplante, que se empenhou muito em contribuir e dividiu comigo a trajetória por eles trilhada.

Por fim, expresso minha eterna gratidão também a Deus, presente em toda e qualquer inspiração em cada passo meu.

RESUMO

A prevalência da doença renal crônica tem crescido e o acesso ao transplante renal ainda é um grande problema no Brasil, apesar do sistema de saúde público universal. Este trabalho visou estudar uma iniciativa voltada para a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico. Partiu da premissa que o conhecimento aprofundado de como uma intervenção funciona, e sob que condições contextuais, é fundamental para que se construa conhecimento na área da melhoria da qualidade do cuidado de saúde e se aponte caminhos para a disseminação de intervenções bem-sucedidas. Buscou descrever a iniciativa a partir da identificação dos seus componentes ativos e mecanismos de mudança envolvidos, o contexto da sua implementação e os seus efeitos. A iniciativa foi implementada em um centro transplantador de Minas Gerais em 2012, sendo o estudo desenvolvido retrospectivo, com um componente qualitativo e outro quantitativo. Para a identificação dos mecanismos de mudança e fatores contextuais envolvidos, foi realizada análise temática de entrevistas com os implementadores da iniciativa e demais profissionais da organização onde se insere o centro transplantador. Para observar os efeitos da intervenção foram realizadas análises gráficas de séries temporais de indicadores nos cinco anos anteriores e posteriores à intervenção. Foi observado que após a implementação da iniciativa obteve-se ampliação do acesso ao transplante renal e maior efetividade do tratamento. Os mecanismos de mudança identificados foram a articulação entre diferentes serviços, a racionalidade para a condução de melhores práticas e a adoção do melhor resultado para o paciente como um valor. Diferentes fatores contextuais foram identificados como cruciais à implementação, interferindo como facilitadores ou barreiras, influenciados ou não por um cenário mais geral de busca do hospital pela acreditação. As lições aprendidas podem propiciar tanto a disseminação de iniciativas semelhantes de modo factível e sustentável, como subsídios para intervenções mais gerais. Merece destaque a constatação de que mudanças positivas significativas podem ser promovidas em microssistemas do cuidado inseridos em ambientes menos favoráveis.

Palavras-chave: Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde; Transplante de Rim; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Controle Estatístico de Processos; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

The predominance of the renal chronic disease has been growing, being still the access to the renal transplant a great problem in Brazil, in spite of the universal public system of health. This work aimed to study an initiative turned to the improvement of the equity of the access to the renal transplant and effectiveness of the treatment. It came from the premise that the deepened knowledge of as an intervention works, and under which context conditions, it is fundamental so that knowledge is built in the area of the improvement of the quality of the care of health and if it points to ways for the dissemination of successful interventions. It looked to identify the active beginnings and mechanisms of change wrapped in the initiative, the context of his implementation and his effects. The initiative was implemented in a transplant center of Minas Gerais in December of 2012, being the developed retrospective study, with a quantitative qualitative and the other one quantitative. For the identification of the mechanisms of change and factors context wrapped, thematic analysis of interviews was carried out with the implementing of the initiative and too professional of the organization where it is inserted the center transplant. To observe the effects of the intervention were carried out time series analysis of indicators with graphical presentation of data in five previous and subsequent years to the intervention. It was noticed that after the implementation of the initiative enlargement of the access was obtained to the renal transplant and bigger effectiveness of the treatment. The mechanisms of change identified went to articulation between different services, the rationality for the driving of better practices and the adoption of the best result for the patient like a value. Different context factors were identified how crucial to the implementation, interfering how facilitators or barriers, when they were influenced or not for a scenery more general of search of the hospital it shears trust. Lessons learnt can favor both the dissemination of similar initiatives of possible and sustainable way, and subsidies for more general interventions. It deserves distinction to observation of what positive significant changes they can be promoted in micro systems of the care inserted in less favorable more spacious environments.

Keywords: Improvement Science; Kidney transplantation; Equity in Access to Health Services; Qualitative Research; Statistical Process Control; Program Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Estrutura do Sistema Nacional de Transplantes	25
Figura 2 -	Número de participantes incluídos no componente qualitativo do estudo	64
Figura 3 -	Diagrama direcionador da iniciativa de melhoria	81
Figura 4 -	Variação na realização de transplantes por trimestres, 2008-2017.....	105
Figura 5 -	Proporção de transplantes com doador falecido por trimestre, 2008-2017	106
Figura 6 -	Tempo entre início de diálise e transplante (meses) por trimestre, 2008-2017	107
Figura 7 -	Tempo entre início de diálise e transplante (meses) para receptores de doadores vivos por trimestre, 2008-2017	108
Figura 8 -	Tempo entre início de diálise e transplante (meses) para receptores de doadores falecidos por trimestre, 2008-2017	108
Figura 9 -	Sobrevida do paciente nos dois períodos (anterior e posterior à implementação) dividida por tipo de doador (vivo e falecido)	109
Figura 10 -	Sobrevida dos pacientes transplantados com doadores vivos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)	110
Figura 11 -	Sobrevida dos pacientes transplantados com doadores falecidos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)	111
Figura 12 -	Sobrevida do enxerto censurada para óbito nos dois períodos (anterior e posterior à implementação) dividida por tipo de doador (vivo e falecido)	112
Figura 13 -	Sobrevida do enxerto dos pacientes transplantados com doadores vivos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)	113
Figura 14 -	Sobrevida do enxerto dos pacientes transplantados com doadores falecidos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)	114
Quadro 1 -	Delimitação teórica com codificações baseadas em conceitos para apoio à concepção do instrumento de coleta e análises do componente qualitativo	48
Quadro 2 -	Hipóteses de mudança contidas em cada elemento identificado como componente da intervenção para o mecanismo de articulação	74

Quadro 3 -	Hipóteses de mudança contidas em cada elemento identificado como componente da intervenção para o mecanismo de racionalidade	77
Quadro 4 -	Hipóteses de mudança contidas em cada elemento identificado como componente da intervenção para o mecanismo de adoção do melhor resultado para o paciente como um valor	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de entrevistados por estrato organizacional	55
Tabela 2 -	Características dos receptores de transplante renal incluídos no estudo, divididos quanto ao período do transplante, anterior ou posterior à implementação da intervenção.....	103
Tabela 3 -	Evolução no pós transplante dos pacientes incluídos no estudo, divididos quanto ao período do transplante, anterior ou posterior à implementação da intervenção	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNCDO	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CEEP	Centro de Epidemiologia, Estatística e Pesquisa
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFIR	<i>Consolidated Framework For Implementation Research</i>
CGSNT	Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes
DP	Desvio Padrão
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
KDPI	<i>Kidney Donor Profile Index</i>
MUSIQ	<i>Model for Understanding Success in Quality</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PGA	Programa de Gerenciamento Assistencial
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
SAS	<i>Statistical Analysis System®</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences®</i>
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	<i>Theoretical Domains Framework</i>
UPI	Unidade de Prática Integrada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MOTIVAÇÕES E REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL DE BASE DO ESTUDO	16
2.1	MOTIVAÇÕES PESSOAIS	16
2.2	NOTAS DE APOIO À COMPREENSÃO DA INICIATIVA ESTUDADA	19
2.3	PERGUNTAS NORTEADORAS DA PESQUISA	20
2.4	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	21
2.4.1	Um panorama sobre a doença renal crônica e os obstáculos no acesso ao transplante renal	21
2.4.2	Importância e contribuição da ciência da melhoria na implementação e sustentabilidade de iniciativas	35
3	OBJETIVOS	49
4	MÉTODOS	50
4.1	LOCAL DO ESTUDO E INICIATIVA ESTUDADA	50
4.2	COMPONENTE QUALITATIVO DO ESTUDO	53
4.2.1	Critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão	53
4.2.2	Coleta de dados e instrumento	56
4.2.3	Estratégias adotadas na coleta de dados	56
4.2.4	Análises	58
4.3	COMPONENTE QUANTITATIVO DO ESTUDO	60
4.3.1	Critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão	60
4.3.2	Medições e Definições	60
4.3.3	Análises.....	61
4.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
5	RESULTADOS	64
5.1	A INTERVENÇÃO E SUA TEORIA DE MUDANÇA	64
5.1.1	Objetivos da intervenção	65
5.1.2	Componentes da intervenção	66
5.1.3	Mecanismos de mudança.....	72
5.1.4	Aspectos contextuais facilitadores e de barreira à implementação da iniciativa	82

5.2	EFEITOS DA INTERVENÇÃO	100
6	DISCUSSÃO	115
7	CONCLUSÕES E LIÇÕES APRENDIDAS	129
	REFERÊNCIAS	131
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA	
	COMPONENTE QUALITATIVO DO ESTUDO	145
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA PARA	
	COMPONENTE QUANTITATIVO DO ESTUDO	147

1 INTRODUÇÃO

O aumento de doenças como hipertensão arterial e diabetes, além do envelhecimento populacional, tem sido refletido no crescimento da doença renal crônica (DRC) em todo o mundo. Cerca de 13% da população adulta global é portadora de DRC (HILL et al., 2016). No Brasil, o número de pacientes com DRC terminal vem crescendo exponencialmente, sendo descrito aumento de 42.695 casos em 2000 para 91.314 em 2011 (SESSO, 2011; OLIVEIRA; ROMÃO; ZATZ, 2005). Em seu estágio mais avançado, a DRC é uma condição de elevada mortalidade (BRASIL, 2014) e grande ônus ao sistema de saúde devido à indispensabilidade de terapia renal substitutiva (TRS) aos pacientes (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011).

Dentre as diferentes TRS, o transplante se destaca pela maior sobrevida em longo prazo (WOLFE et al., 1999; CZYZEWSKI et al., 2014), melhor qualidade de vida (ORTIZ et al., 2014) e custos menores, qualificações que deveriam fazer desse tratamento a principal modalidade terapêutica à DRC terminal (GOUVEIA et al., 2017; LUGO; STROGOFF-DE-MATOS, 2017). Mesmo com os custos mais elevados no primeiro ano após a cirurgia, sua redução em anos subsequentes é expressiva, quando comparada à diálise (SUD et al., 1999; SÁNCHEZ-ESCUEDO et al., 2015; GOUVEIA et al., 2017).

No Brasil, a oferta do transplante renal aos portadores de DRC é universal, e o país desponta mundialmente nesse aspecto (MEDINA-PESTANA; VAZ; PARK, 2002). Entretanto, mesmo com a atuação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), fundamental ao planejamento, organização, coordenação e controle de toda a operação e estratégia de transplantes em território brasileiro, a demanda por um rim ainda é muito maior que a oferta.

Em 2016, o número de transplantes renais realizados no país não alcançou 50% da necessidade estimada para o período, quando foram realizados 5.929 transplantes de rim e seriam necessários 12.365 para atender à demanda (ABTO, 2017). Mas, como se não bastasse o aumento da demanda por um órgão relacionado ao crescimento da DRC, o número de transplantes menor que o esperado relaciona-se também a obstáculos no acesso a esse tratamento, presentes não somente no Brasil, mas mundialmente observados (COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014; GARCIA et al., 2012; MACHADO et al., 2012; ONISCU et al., 2003).

Dentre os determinantes da desigualdade de acesso ao transplante renal podem ser incluídos fatores socioculturais, econômicos, geográficos e organizacionais dos serviços

assistenciais. São observadas, desde questões individuais como, de gênero, idade, condição clínica, fatores sociais e culturais relacionados à informação, fatores econômicos relacionados à detenção de um seguro de saúde (ONISCU et al., 2003; MACHADO et al., 2012), até fatores organizacionais como, a distribuição espacial e atuação dos serviços de diálise e centros transplantadores (MEDINA-PESTANA et al., 2011; ABTO, 2017), a captação de órgãos, (COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014; MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011), e a condução do processo após a disponibilização de um órgão (GARCIA, 2011).

Algumas ações para a superação desses obstáculos podem ser observadas tanto no espaço internacional como nacional. No exterior, têm sido descritas estratégias voltadas, principalmente, para o aumento da informação dos indivíduos (PATZER et al., 2017; HAMODA et al., 2018) e aumento da captação de órgãos (DANNER-BOUCHER et al., 2018) o que, em alguma medida, também é observado no Brasil (ABTO, 2017). Contudo, essas são estratégias tímidas, restritas a poucas regiões do país, ainda chamando a atenção, a existência de estados que nunca realizaram transplante renal ou que não realizam o procedimento há alguns anos (ABTO, 2017). Além disso, o distanciamento entre os diferentes serviços assistenciais, com incapacidades operacionais para atuação em rede, também pode representar uma fragilidade importante do sistema de saúde brasileiro.

Diante da existência desses diferentes entraves organizacionais para o acesso ao transplante renal, este trabalho visou estudar uma iniciativa voltada para a melhoria do acesso a esse tratamento e de sua efetividade, implementada em um centro transplantador brasileiro.

O estudo da iniciativa envolve não somente a observação dos seus efeitos, na perspectiva de identificação dos impactos alcançados, mas a análise da sua implementação. Parte do pressuposto de que implementações no sentido da melhoria da qualidade são formadas não apenas pelo componente técnico da intervenção, mas envolvem um componente adaptativo, capaz de determinar completamente seu delineamento (DAVIDOFF et al., 2015). Busca compreender de maneira mais aprofundada quais foram os componentes da iniciativa, os mecanismos de mudança e os fatores contextuais que influenciaram a sua implementação, identificando seus facilitadores e suas barreiras. O estudo mais criterioso de iniciativas de melhoria do cuidado de saúde é pautado na chamada *ciência da melhoria do cuidado de saúde* e pode trazer valiosas contribuições às organizações na prestação mais efetiva e sustentável de um cuidado de qualidade (MARSHALL; PRONOVOST; DIXON-WOODS, 2013; DAVIDOFF et al., 2015).

Apesar do papel fundamental que estes aspectos intervenientes desempenham em implementações mais efetivas, a sua sistematização ainda é pouco frequente e as intervenções, muitas vezes, são pautadas de forma pouco sistemática. Contudo, o entendimento de como as mudanças ocorreram, de forma criteriosa, pode possibilitar implementações menos impulsivas e mais racionais de iniciativas, com oportunidade de reflexão, aprendizado e construção de conhecimento generalizável, a partir das lições aprendidas.

2 MOTIVAÇÕES E REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL DE BASE DO ESTUDO

Nesta seção serão apresentadas as *motivações pessoais* para a realização desta tese, onde serão destacadas as inquietações que impulsionaram sua realização e onde procuramos possibilitar uma reflexividade do pesquisador. Em *notas de apoio à compreensão da iniciativa estudada* são trazidas considerações relevantes à leitura fluida do trabalho. Em seguida, com o intuito de arrematar a linha de pensamento para o entendimento dos motivadores para a realização deste trabalho e tornar ainda mais explícitos seus objetivos e relevância, são apresentadas as *perguntas norteadoras da pesquisa* e o *referencial teórico conceitual*, que fundamentam sua realização.

2.1 MOTIVAÇÕES PESSOAIS

Num estudo qualitativo, como o desenvolvido em um dos componentes deste trabalho, a subjetividade do pesquisador é parte do processo de pesquisa (FLICK, 2009). Por isso, considera-se relevante apresentar quem é a pesquisadora e suas motivações para realizar o estudo.

Na minha trajetória, de maneira direta ou indireta, sempre procurei produzir conhecimento que revelasse as barreiras ao bom funcionamento de um serviço e o impacto desses entraves no cuidado ao paciente. Na graduação, minhas inquietações estiveram voltadas à negligência com que eram tratados alguns agravos na atenção primária à saúde. Na pesquisa realizada no mestrado, busquei no serviço especializado ao atendimento de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), respostas sobre o abandono do tratamento pelos pacientes. Não por acaso, essa inquietação, aliada às observações de que esse abandono pelos pacientes estava muito relacionado à organização do serviço, impactando na qualidade do cuidado prestado, além da experiência adquirida na área de epidemiologia, me levaram a trabalhar com uma iniciativa para melhoria da qualidade em um hospital.

O trabalho de melhoria assistencial neste hospital era uma das estratégias planejadas por um grupo que fazia parte do chamado Programa de Gerenciamento Assistencial (PGA). O PGA, que iniciou suas atividades em 2011, com o apoio da presidência institucional do hospital, planejou e implementou unidades assistenciais com características comuns voltadas para a redefinição de processos assistenciais, visando à melhoria do cuidado prestado e do resultado para o paciente. Como estratégia central deste trabalho estava o chamado Centro de

Epidemiologia Estatística e Pesquisa (CEEP), setor onde trabalhei, responsável pelo apoio na redefinição dos processos assistenciais; definição de métricas para acompanhamento desses processos; e desenvolvimento de estratégia para coleta e análise dos dados e discussão com as equipes, com o objetivo de redirecionamento de ações conforme os resultados observados.

As especialidades escolhidas para a implementação das unidades assistenciais que teriam características comuns voltadas para a melhoria do cuidado e trabalhariam em conjunto com o CEEP, inicialmente, foram: nefrologia e transplante renal; ortopedia; e clínica médica. As escolhas basearam-se em prioridades institucionais, não muito claramente reveladas ou por mim desconhecidas.

No mesmo momento, eram desenvolvidas na instituição, outras mudanças, essas voltadas à busca por acreditação. Na busca pela melhoria da qualidade do cuidado a partir do atendimento aos parâmetros estabelecidos pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), um setor responsável pela qualidade, por isso assim também denominado, atuava na instituição paralelamente à iniciativa de mudanças nas diferentes unidades, descritas anteriormente. Em 2013, o hospital foi acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Mas, com o passar do tempo, observando as agitações que movimentavam especialmente os corredores do hospital a cada visita da instituição acreditadora, passei a atentar para a possibilidade de interferência de fatores diversos no desenvolvimento das diferentes iniciativas. A partir da percepção de que, mesmo seguindo os mesmos princípios genéricos, as diferentes unidades pareciam se desenvolver de forma diferente, passou a existir, pra mim, a hipótese de que influências diversas interferiam nesse desenvolvimento e, portanto, no cuidado prestado. Passei a questionar que influências eram essas e se essas iniciativas permitiam, de fato, melhorias sustentáveis ou se as mudanças aconteciam isoladamente nos momentos de visitas e auditorias externas.

Hoje, com um pouco mais de maturidade, percebo com mais clareza que o sucesso e os entraves ao bom funcionamento de qualquer serviço se relacionam, de fato, com os diferentes fatores contextuais envolvidos. Percebo a importância de discussões voltadas para as explicações sobre porque um serviço funciona, ou não funciona. Compreendo, hoje, que essa subjetividade pode ser muito explicativa e transformadora da ciência por possibilitar conhecimentos aplicáveis em outros cenários, na trajetória de busca por objetivos semelhantes e melhoria da qualidade. Reconheço, ainda, a importância da complementaridade entre os resultados quantitativos, que permitam a observação dos efeitos de uma intervenção, e a identificação dos mecanismos de mudança e fatores contextuais envolvidos.

Elegendo a iniciativa de melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes renais crônicos em processo de transplante por reconhecer o crescimento mundial da doença renal crônica (DRC) e os entraves quanto ao acesso ao tratamento por transplante, pretendo observar os efeitos dessa iniciativa implementada nesse cenário institucional maior e entender quais fatores contextuais interferiram no seu funcionamento.

A posição por mim ocupada na coleta e análise dos dados do componente qualitativo deste estudo, entendendo que sou alguém que já fez parte dessa estratégia, trará implicações tanto positivas quanto negativas. O risco de viés de resposta pela minha simples presença existe, no entanto pode-se considerar que ele seja mínimo. Os participantes com critério para inclusão no estudo, a princípio, desconheciam meus questionamentos que foram motivadores ao desenvolvimento deste trabalho, muito mais aprimorados após o ingresso no curso de doutorado, quando eu já não fazia mais parte da equipe deste hospital. De modo contrário, minha presença nas entrevistas permitiu *insights* sobre este objeto, facilitados pelo olhar crítico relacionado à vivência nesse campo.

Acredito que o estudo criterioso dos fatores contextuais facilitadores e de barreiras ao bom funcionamento desta iniciativa para o paciente renal, desenvolvida em um cenário - cada vez mais comum - de busca por acreditação, possa contribuir para o enriquecimento do conhecimento no campo da ciência da melhoria do cuidado em saúde e permitir mais um passo no sentido da implementação de estratégias mais facilmente reproduzíveis e efetivas.

2.2 NOTAS DE APOIO À COMPREENSÃO DA INICIATIVA ESTUDADA

Este estudo vai tratar de uma iniciativa para melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico implementada em um centro transplantador de Minas Gerais. A iniciativa será abordada mais profundamente ao longo deste trabalho, sendo a explicitação dos seus componentes ativos e mecanismos de mudança um dos objetivos deste estudo. Contudo, uma aproximação desta intervenção, já neste momento, pode ser oportuna para que a leitura ocorra de maneira mais fluida.

A iniciativa foi idealizada por um grupo de profissionais de um hospital onde se inseria a unidade de transplante deste centro transplantador. De uma maneira geral, a implementação da iniciativa dentro dessa unidade visava que ela passasse a ser regida pelos seguintes pilares: interdisciplinaridade, elaboração e adoção de protocolos clínicos e discussão periódica de resultados, sendo a análise desses resultados apoiada por um grupo de profissionais especializados em saúde pública e epidemiologia.

Por ser reconhecida pela pesquisadora a existência de inovações na unidade de transplante, este trabalho, inicialmente, esteve centrado no estudo desta unidade, que localiza-se em um hospital de referência, onde o grupo de implementadores estava vinculado. Contudo, é pertinente compreender que a unidade de transplante compõe uma das partes de um centro transplantador, formado também por ambulatorios, pré e pós transplante, localizados em outro espaço físico, mas contando com a mesma coordenação médica. Desse modo, todas as ações ocorridas nessas unidades foram levadas em consideração no estudo da intervenção, que se refere a reestruturação deste centro transplantador.

2.3 PERGUNTAS NORTEADORAS DA PESQUISA

- a) Quais os componentes ativos descrevem a iniciativa para a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico?
- b) Quais mecanismos de mudança foram implicitamente considerados na concepção da iniciativa para a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico?
- c) Como o contexto influenciou a implementação da iniciativa para a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico?
- d) Quais os efeitos da iniciativa sobre acesso ao transplante e efetividade do tratamento?

2.4 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

Apresentamos, a seguir, duas seções com o intuito de abordar a temática de maneira mais aprofundada e tornar mais claras as lacunas e justificativas para a realização deste trabalho. Na primeira seção, *“Um panorama sobre a doença renal crônica e os obstáculos no acesso ao transplante renal”*, como seu título elucida, serão abordados aspectos definidores e a epidemiologia da DRC, a logística para o transplante renal no Brasil, os benefícios e as peculiaridades desse tratamento e os obstáculos ao seu acesso, observados em todo o mundo. Desse modo, será destacada a importância de iniciativas para a melhoria da qualidade do cuidado a esse paciente. Na seção seguinte, *“Importância e contribuição da ciência da melhoria na implementação e sustentabilidade de iniciativas”*, é explicitada a necessidade do entendimento mais aprofundado de implementações, sendo trazida, ainda, a fundamentação teórica necessária à identificação de possíveis fatores determinantes da iniciativa focada.

2.4.1 Um panorama sobre a doença renal crônica e os obstáculos no acesso ao transplante renal

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem ser consideradas agravos alarmantes por representarem 60% de todas as causas de morte no mundo atualmente (BRASIL, 2014). A doença renal crônica (DRC), juntamente com as doenças cardiovasculares (DCV), está entre as que mais contribuem para esse número (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). O aumento da prevalência de doenças como hipertensão arterial e diabetes, e também o envelhecimento da população, se relacionam diretamente ao aumento da DRC.

Doença renal crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. É portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma taxa de filtração glomerular (TFG) $< 60\text{ml/min/1,73m}^2$. Nos casos de pacientes com $\text{TFG} \geq 60\text{ml/min/1,73m}^2$, há DRC se observado pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração em exame de imagem. A piora da função renal é inversamente proporcional à perspectiva de melhora prognóstica. Pacientes com TFG entre 30 e 45 ml/min, quando comparados com aqueles com TFG acima de 60 ml/min, têm aumento do risco de morte em 90% (LEVEY et al., 2005).

A terapia renal substitutiva (TRS) é indicada para pacientes com doença renal crônica terminal (DRCT), que corresponde à TFG inferior a 10 ml/min/1,73m². Nos últimos anos, tem sido observado aumento exponencial no número destes pacientes que necessitam de algum tipo de TRS, principalmente nos países em desenvolvimento (HAMER; EL NAHAS, 2006; NWANKWO; BELLO; EL NAHAS, 2005; MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011).

No Brasil, o número de pacientes com DRCT praticamente duplicou na última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011 (SESSO, 2011; OLIVEIRA; ROMÃO; ZATZ, 2005), com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando TRS (BRASIL, 2014). Assim, a DRC configura-se, atualmente, como uma questão de saúde pública de abrangência mundial (ZHANG; ROTHENBACHER, 2008), de elevada incidência e alto custo econômico (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011).

Dentre as TRS citam-se a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal, terapias de alto custo, o que limita o tratamento destes pacientes em muitos países. De uma maneira geral, a maioria dos pacientes que inicia o tratamento dialítico em países de baixa renda evolui para óbito ou tem o tratamento interrompido nos primeiros três meses devido aos limites de custo (SAKHUJA; SUD, 2003).

No Brasil, todavia, o Sistema Único de Saúde (SUS) cobre a grande maioria desses tratamentos e há o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual mais de 95% do total de transplantes são realizados com recursos públicos (MEDINA-PESTANA; VAZ; PARK, 2002), com custo variável entre R\$20.000,00 e R\$80.000,00 por paciente (ABTO, 2003). Em número absoluto de transplantes, o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2007; MEDINA-PESTANA et al., 2011; GARCIA et al., 2012; OZCAN; BEGUN; McKINNEY, 1999; GARCIA, 2011).

Para controlar e monitorar o complexo processo de doação e contribuindo com essa posição, o país conta com o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), instituído pelo Decreto nº 2.268, em 1997. Imediatamente após a consolidação do SNT e instituição da Central Nacional de Transplantes foi observado crescimento superior a 100% no número total de transplantes realizados no país. Em 1996, antes do controle pelo SNT, foram realizados 3.979 transplantes; Em 2002, após a instituição da Central Nacional de Transplantes, esse número chegou a 7.981 (RATZ, 2006).

O SNT é um órgão federal colegiado que planeja, organiza, dirige, coordena e controla toda a operação e estratégia de transplantes em território brasileiro, contando com uma estrutura, definida em lei, que contempla a descentralização (BRASIL, 1997). O SNT é integrado pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal e secretarias dos municípios, ou órgãos equivalentes. Para exercer as atividades de coordenação nacional do Sistema, o Ministério da Saúde, como órgão central do SNT, criou uma unidade própria em sua estrutura regimental, a Coordenação Geral (CGSNT). Para articular as ações entre os diferentes estados, objetivando garantir equidade e transparência na distribuição de órgãos, e aperfeiçoando o processo de gerenciamento e controle das listas regionais, estaduais, e nacional, foi instituída a Central Nacional de Transplantes, em 2000. Para exercer as atividades pertinentes a cada unidade federada estão as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), vinculadas às secretarias estaduais de saúde ou órgãos equivalentes.

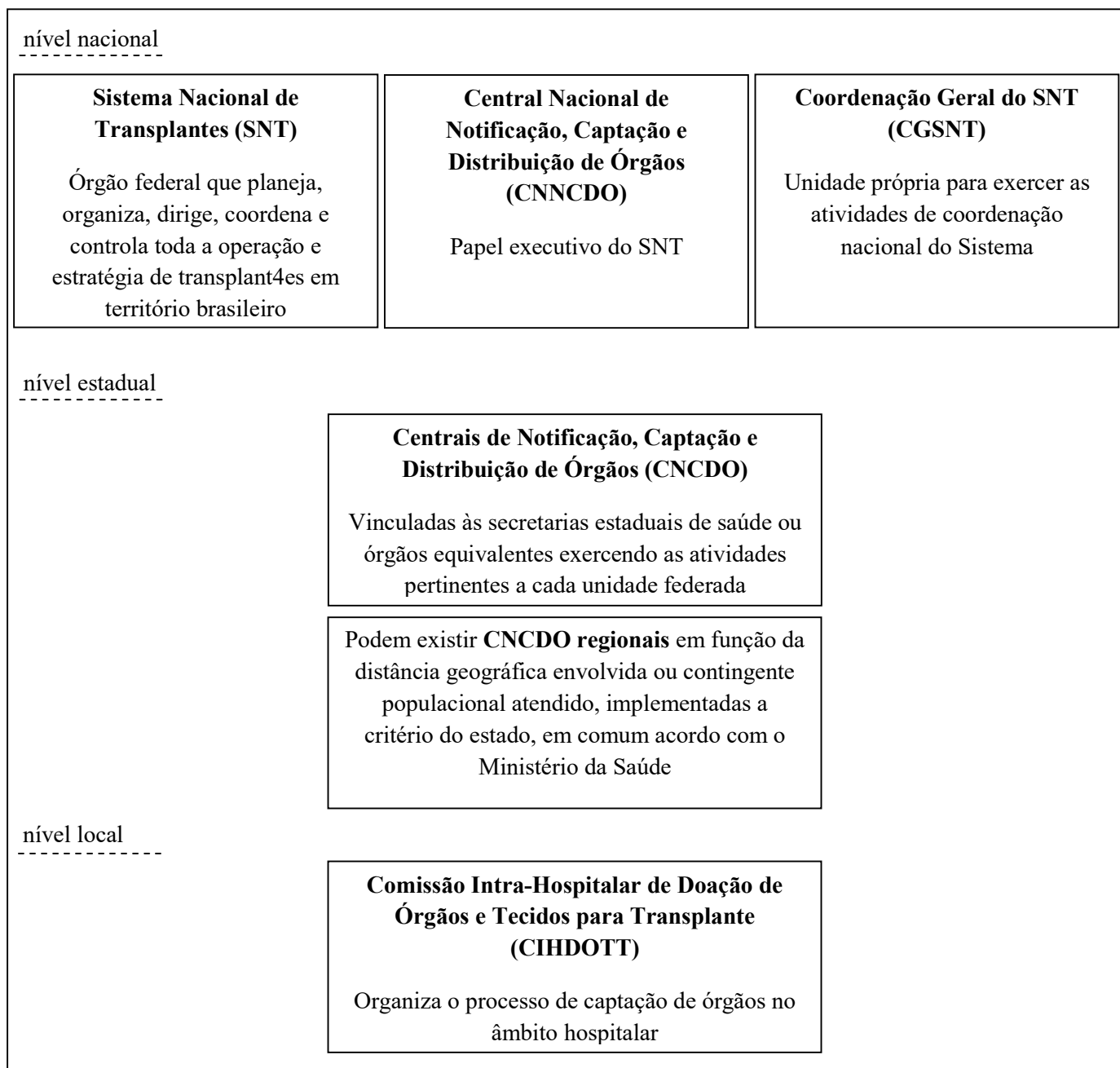
Assim, estados que possuem, em seu território, equipes especializadas e estabelecimentos de saúde autorizados para realizar diagnóstico de morte encefálica, retirada de órgãos e tecidos, transplantes e enxertos, deverão contar com uma CNCDO. Podem haver, ainda, CNCDO regionais em pólos administrativos submetidas à CNCDO estadual. A subdivisão em regionais dá-se em função da distância geográfica envolvida ou contingente populacional atendido. Essas CNCDO regionais são implementadas a critério do estado, em comum acordo com o Ministério da Saúde. Com o papel executivo do SNT em nível nacional está a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), situada no aeroporto de Brasília, funcionando 24 horas por dia.

Com o propósito de garantir acesso universal, justo, gratuito e em tempo hábil aos órgãos disponíveis pelos receptores previamente listados, o SNT adota a concepção de fila única, ou seja, segue um conjunto de critérios específicos de distribuição por região, estado e federação (RATZ, 2006). O diagnóstico realizado de morte encefálica deve ser notificado à CNCDO, que deve providenciar o transporte do órgão doado até o local onde se encontra o receptor ideal (RATZ, 2006).

Fundamental ao processo de identificação e efetivação de potenciais doadores destaca-se a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), que tem como principal objetivo organizar o processo de captação de órgãos no âmbito hospitalar. A classificação que normatiza a obrigatoriedade da CIHDOTT conforme as características do estabelecimento de saúde é estabelecida pela Portaria 2.600, de 2009 (BRASIL, 2009).

Segundo a Portaria (BRASIL, 2009), a criação da Comissão é obrigatória nos estabelecimentos de saúde: com até 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 do seu corpo clínico; de referência para trauma, ou neurologia, ou neurocirurgia; em estabelecimento não-oncológico com mais de mil óbitos por ano; ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante. A CIHDOTT deve estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes da instituição, dos quais um, médico ou enfermeiro, será o coordenador da Comissão (BRASIL, 2009).

A estrutura organizacional do SNT pode ser observada na Figura 1.

Figura 1. Estrutura do Sistema Nacional de Transplantes

Fonte: Adaptado de MEDINA-PESTANA et al., 2011.

Em conformidade com os critérios de lista única, a distribuição dos rins é realizada conforme compatibilidade sanguínea, compatibilidade de antígenos (HLA) - de tecido - e tempo de lista. Após a liberação do resultado HLA pelo laboratório de histocompatibilidade, são emitidas as listas dos possíveis receptores e realizada a triagem dos dez primeiros pacientes que concorrem à prova cruzada (*crossmatch*). Para que os pacientes em lista de

espera concorram ao *crossmatch*, eles devem ter amostras atualizadas de soro - renovadas a cada dois meses - no laboratório de histocompatibilidade. Destes dez pacientes listados, são contemplados os dois primeiros com resultado “negativo”.

Em Minas Gerais, a doação de órgãos e sua destinação para transplante é coordenada pelo Complexo MG Transplantes, que é responsável pela captação e distribuição de órgãos em todo o estado por meio da CNCDO. O MG Transplantes conta com seis CNCDO regionais, estando uma delas em Juiz de Fora. Pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal com indicação para transplante devem realizar exames periódicos nos intervalos regulares para sua manutenção em lista de espera para o transplante renal.

O doente renal crônico terminal ($\text{TFG} < 10 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) deve ser encaminhado para o serviço pré transplante mesmo que ainda não tenha iniciado terapia renal substitutiva com diálise para a consideração das duas modalidades de transplante, com doador vivo e com doador falecido. Nesses casos, o transplante preemptivo pode ser considerado, sendo sempre seguidas as orientações da Portaria nº 2.600, de 2009, para sua indicação (BRASIL, 2009).

Segundo essa mesma Portaria, o prazo para apresentação da opção de inscrição do paciente apto ao transplante na CNCDO local ou de referência a partir do encaminhamento das unidades de diálise ao centro transplantador de referência é de noventa dias após o início do tratamento dialítico (BRASIL, 2009). As inscrições à CNCDO devem ser realizadas pelas centrais de transplante após avaliação desses pacientes quanto à condição de receber um novo rim.

A vantagem do transplante renal em relação às demais TRS relaciona-se à melhor sobrevida em longo prazo entre os transplantados. Nos Estados Unidos, entre 1991 e 1997, a mortalidade foi 68% mais baixa entre os receptores de transplante que entre os pacientes que permaneceram em lista de espera por mais de três anos de acompanhamento (WOLFE et al., 1999). O transplante renal também pode reduzir os custos gerais para o tratamento de doentes renais crônicos terminais. Apesar dos custos elevados no primeiro ano após a cirurgia, a redução em anos subsequentes é expressiva, quando comparada à diálise (SUD et al., 1999). Além disso, o paciente em diálise enfrenta diferentes restrições em suas atividades do cotidiano (de lazer, sociais ou laborais) relacionadas à sua condição clínica e ao tempo destinado ao tratamento (MARTINS; CESARINO, 2005). A percepção de independência proporcionada pelo transplante também deve ser um ponto favorável a ser considerado (ORR et al., 2007). Em avaliação da qualidade de vida entre pacientes renais crônicos foram

observados melhores índices entre os transplantados em comparação com pacientes em diálise (ORTIZ et al., 2014).

No entanto, assim como nos demais tratamentos dialíticos para DRC terminal, o transplante renal não deve ser considerado uma terapia curativa, mas substitutiva. Apesar de prolongar a vida com mais qualidade, o paciente transplantado requer cuidado e acompanhamento contínuos.

O período de recuperação imediata compreende o período imediatamente posterior à cirurgia, sendo necessário em torno de sete dias de internação hospitalar, o que pode envolver até dois dias de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) (ABTO, 2003).

A necessidade de acompanhamento rigoroso desse paciente relaciona-se aos elevados riscos de perda do enxerto e de complicações, que podem ser associadas ao ato cirúrgico em si ou às suas implicações, como o uso de medicamentos imunossupressores (ABTO, 2003). Um dos principais problemas após o transplante é a rejeição, que pode ser hiperaguda, aguda ou crônica.

A rejeição hiperaguda acontece nas primeiras 24 horas após o procedimento e ocasiona perda rápida e irreversível do rim. A aguda é o tipo mais comum de rejeição precoce, acontecendo a partir do terceiro dia após a cirurgia e podendo ocorrer a qualquer momento no curso do pós-transplante, mas sendo mais comum nos três primeiros meses. A crônica é um tipo de rejeição a que está sujeito o paciente com rejeição aguda tratada. Esse tipo de rejeição pode ocorrer ao longo da evolução do transplante, levando à perda funcional e progressiva do rim. A presença de proteinúria e a elevação da creatinina são indicativos desta situação e da necessidade do acompanhamento contínuo e periódico desse paciente.

O uso de medicamentos imunossupressores por si só, fundamentais à boa evolução do paciente transplantado, também podem trazer agravos. Esses medicamentos tornam o receptor mais suscetível ao aparecimento de infecções, que podem ser de origem bacteriana, viral ou fúngica. Em relação a esses possíveis agravos, o período pós-transplante pode ser dividido em três fases: até seis semanas após, quando as infecções são, em sua maioria, secundárias ao ato cirúrgico, sendo a ferida operatória e o trato urinário os focos mais frequentes; de seis semanas a seis meses após o transplante, quando há o predomínio de infecções oportunistas, com destaque para citomegalovirose e tuberculose; e a partir de seis meses após o transplante, quando além das infecções oportunistas podem ser observadas as que são semelhantes à população em geral, mas com apresentação mais grave e, por vezes, atípica.

É preciso destacar também que o uso insuficiente, inadequado ou não supervisionado das medicações imunossupressoras também podem resultar em problemas, mesmo após muitos anos de transplante. A não adesão à medicação imunossupressora é um comportamento de risco para a própria eficácia do transplante, podendo acarretar danos irreversíveis ao funcionamento do enxerto (DENHAERYNCK et al., 2005; MARSICANO et al., 2013).

Complicações cirúrgicas vasculares ou urológicas também podem ser observadas, e quaisquer que sejam elas, a equipe do transplante deve ser comunicada o mais brevemente possível. Outro motivo de alerta para a necessidade de acompanhamento do paciente são as doenças cardiovasculares, agravos de incidência crescente entre os transplantados (USRDS, 2003).

Percebe-se, portanto, que o sucesso do transplante renal envolve desde a organização de todo o processo previsto a partir da regulamentação do SNT, visando o acesso oportuno a esse tratamento pelo doente renal crônico terminal, até o acompanhamento continuado desse paciente. Existindo, contudo, obstáculos que perpassam todo esse processo.

Como abordado anteriormente, a realização de transplante de órgãos pelo SUS e o sistema de alocação de órgãos no Brasil com o apoio do SNT trouxeram avanços importantes no cuidado ao paciente renal crônico com relação à tentativa de diminuição das desigualdades de acesso ao transplante renal. Nos dez anos posteriores à implantação do SNT, ocorrida em 1997, houve crescimento de 71% no número de transplantes renais realizados no Brasil (ABTO, 2017). Ainda assim, o número de transplantes de rim realizados em 2016 não alcançou 50% da necessidade estimada pela demanda para o período (ABTO, 2017).

Como se não bastasse o aumento da demanda por um órgão relacionado ao crescimento da DRC, o número de transplantes menor que o esperado também relaciona-se a obstáculos no acesso a esse tratamento, presentes não somente no Brasil, mas mundialmente observados (COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014; GARCIA et al., 2012; MACHADO et al., 2012; ONISCU et al., 2003). Essas desigualdades no acesso ao transplante renal, observadas internacionalmente, independem do nível socioeconômico do país (MACHADO et al., 2012; ONISCU et al., 2003) e relacionam-se a fatores diversos, que podem ser socioculturais, econômicos, organizacionais dos serviços assistenciais e geográficos.

Segundo dados do Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO, 2017), três estados brasileiros, Amapá, Roraima e Tocantins, nunca realizaram transplante renal, e dois, Mato Grosso e Sergipe, não realizam o procedimento há alguns anos. A concentração do número

elevado de transplantes renais em poucas regiões, onde se localiza a maior quantidade de centros transplantadores, sinaliza para as disparidades geográficas de acesso a esse tratamento no país.

O maior número de transplantes renais é realizado atualmente nos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo (ABTO, 2017). O número de transplantes na região Sul vem crescendo ao longo dos anos e, no Sudeste, o estado de São Paulo é o grande responsável pelos números elevados na região (ABTO, 2017). O estado de Minas Gerais, apesar de localizar-se no Sudeste, não se destaca entre os principais transplantadores na quantidade dos procedimentos (MEDINA-PESTANA et al., 2011). Atualmente, MG ocupa a sexta posição em transplante por milhão de população no país, com 29,4 transplantes renais pmp, enquanto o Paraná, primeiro colocado, realizou 52,9 transplantes pmp em 2017 (ABTO, 2017).

Conforme é previsto pela organização do SNT, a segregação de CNCDO por região tem o papel de ampliar o acesso ao transplante às diferentes regiões do país. A distribuição de diferentes CNCDO dentro dos estados, com centros transplantadores correspondentes, é de extrema importância ao favorecimento da equidade de acesso a um órgão. Contudo, mesmo com essa distribuição das CNCDO, prevista pelo SNT, o Registro Brasileiro de Transplantes publicado em 2012 (ABTO, 2012), ano que antecedeu a implementação da iniciativa estudada, revelou que 75% dos transplantes renais realizados no Brasil nesse período ocorreram nas capitais.

Minas Gerais, apesar de contar com seis dessas CNCDO regionais – nas regiões, Sul (Pouso Alegre), Leste (Governador Valadares), Nordeste (Montes Claros), Zona da Mata (Juiz de Fora), Oeste (Uberlândia), e Metropolitana (Belo Horizonte) – teve situação semelhante à observada no país. No ano de 2012, foram realizados no estado 562 transplantes, dos quais, 362 (64,4%) ocorreram na região metropolitana de Belo Horizonte (ABTO, 2012). Às demais cinco regiões restaram apenas 35,6% dos transplantes renais realizados, dos quais apenas 8,4% foram realizados na Zona da Mata, região do centro transplantador estudado.

Um obstáculo à inclusão e manutenção dos pacientes em lista relaciona-se à concentração dos serviços de avaliação para transplante em algumas regiões. O Brasil conta com 192 centros transplantadores, sendo que destes, a maioria, 114 (59,4%), localiza-se nas capitais dos estados, ficando o restante da população residente nas outras regiões, mais distantes da possibilidade de avaliação para inclusão na lista de espera para transplante. Minas Gerais, estado com 853 municípios e população estimada em 19.728.252 habitantes, conta com 21

centros transplantadores, dos quais nove (42,9%) se situam em Belo Horizonte (ABTO, 2017).

A região da Zona da Mata conta com dois centros transplantadores localizados no mesmo município, Juiz de Fora. Esses centros transplantadores devem atender à demanda de duas macrorregiões de saúde, que somam juntas, 147 municípios, com uma população estimada em 2.243.555 habitantes (BRASIL, 2011). Assim como acontece em outras regiões do país, esses centros devem atender um grande contingente populacional, residente em diferentes municípios e, portanto, com mais dificuldade de acesso à avaliação oportuna.

Desse modo, constata-se que a equidade do acesso ao transplante não se encerra no arranjo distributivo das CNCDO regionais, mas depende também da atuação dos centros de diálise no encaminhamento dos pacientes para o centro transplantador mais próximo, como de centros transplantadores atuantes na avaliação dos pacientes quanto à possibilidade de inclusão em lista.

A capacidade local de captação de órgãos também exerce grande influência sobre o número de transplantes. O crescimento de transplantes na região Sul (ABTO, 2017), por exemplo, comprova que a organização do processo de captação de órgãos pode influenciar o acesso a esse tratamento. Na região, tem sido descrito aumento dos trabalhos voltados para a identificação de potenciais doadores e efetivação do transplante (ABTO, 2017) e, em 2017, Santa Catarina e Paraná foram os únicos estados que ultrapassaram o número de 30 doadores pmp, alcançando um crescimento de 26,2% no número de doadores efetivos (ABTO, 2017). Em São Paulo, o número elevado de transplantes também pode se relacionar à grande quantidade de CIHDOTT no estado. Dentre os 527 hospitais com CIHDOTT cadastradas no país, mais de 200 localizam-se no estado paulista (MEDINA-PESTANA et al., 2011; ABTO, 2017).

Entretanto, o que se observa é que apesar de ser prevista a existência da CIHDOTT em variados estabelecimentos de saúde, que inclui grande número de instituições hospitalares, apenas 527 contam com essa comissão em um território de 1.766 hospitais com esse número de leitos (ABTO, 2017). Além disso, pode ser comum que a presença desse núcleo no hospital vise apenas o cumprimento da norma que prevê sua existência, inexistindo uma atuação concreta (COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014).

O número de doações efetivas no Brasil ainda é baixo, apesar do crescimento das notificações de potenciais doadores nos últimos anos (ABTO, 2017). Dentre as dificuldades

operacionais relacionadas à falta de doadores efetivos são citadas: a recusa familiar à doação (ABTO, 2015), por vezes devido à abordagem inadequada (CLAUSSEL; GONÇALVES; VERONESE, 2001; COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014); a falta de agilidade para comprovar o diagnóstico de morte encefálica (FREGONESI, 2001), por falta de estrutura dos hospitais (COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014), ou desconhecimento dos profissionais médicos a respeito deste protocolo (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011); a falta de cuidados intensivos adequados à manutenção do potencial doador (CLAUSSEL; GONÇALVES; VERONESE, 2001; MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011; COSTA; NETO; SAMPAIO, 2014); e a dificuldade de notificação (identificação) de morte encefálica (CLAUSSEL; GONÇALVES; VERONESE, 2001; MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011). Todas essas, por constituírem limitações que se relacionam à atuação das CIHDOTT, evidenciam que, em muitos casos, o entrave pode não relacionar-se à carência de potenciais doadores, mas a um sistema de detecção que impossibilita que esses doadores potenciais se tornem reais (MEDINA-PESTANA et al., 1992; VAZ, 1993; SANTOS; SILVA; SANTOS, 2003).

Além dos aspectos organizacionais relacionados à captação do órgão, a efetivação desse procedimento depende também da rapidez e precisão com que o processo é conduzido. Dentre esses aspectos organizacionais, estão: o acondicionamento, armazenagem e transporte do órgão em um país com dimensões continentais (RATZ, 2006); recursos específicos, como disponibilidade da equipe cirúrgica de transplante, agendamento de salas cirúrgicas, materiais e equipamentos (RATZ, 2006); e a manutenção de exames e contatos dos receptores atualizados pelo centro transplantador (GARCIA, 2011).

Diante da oferta de um órgão, é importante que os exames laboratoriais do receptor estejam atualizados, permitindo que naquele momento seja feita a avaliação da compatibilidade. Para isso, centro transplantador ou unidade de diálise devem se responsabilizar pelo monitoramento constante desse paciente (MACHADO; CHERCHIGLIA; ACÚRCIO, 2011). No entanto, o acompanhamento desse paciente inscrito pode ser algo complexo em serviços de saúde saturados pela quantidade de pacientes e funcionar como mais um entrave geográfico e organizacional no acesso ao transplante.

Em serviços de saúde superlotados, o acesso ao médico especialista pode ser algo muito demorado (MACHADO et al., 2012; OLIVEIRA; ROMÃO; ZATZ, 2005). Em estudo sobre o perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil (CHERCHIGLIA et al., 2010) foi observado que apenas 10% dos pacientes que iniciavam hemodiálise o faziam

com acesso vascular definitivo, enquanto na Europa esse percentual é de 66% (PISONI et al., 2002). Para os autores desse e de outros trabalhos (OLIVEIRA; ROMÃO; ZATZ, 2005), o grande número de pacientes em hemodiálise com acesso vascular temporário pode ser um indicativo da dificuldade de acesso ao nefrologista antes do diagnóstico terminal da doença, apesar da recomendação de encaminhamento ao especialista desde o estágio não dialítico (BRASIL, 2014).

Apesar da dificuldade, a avaliação precoce do paciente renal crônico por especialistas, a inclusão antecipada em lista de espera, o acompanhamento clínico e a manutenção dos exames clínicos e laboratoriais atualizados, podem ser determinantes no acesso ao transplante renal. Observa-se que a atuação de um centro transplantador próximo às unidades de diálise pode facilitar esse acompanhamento e representar maiores chances de transplante. Estudo realizado na Escócia mostrou maior possibilidade de transplante e tempo de espera significativamente mais curto entre os pacientes acompanhados em unidades de diálise que contavam com um centro transplantador, com chance de inscrição em lista 28% maior entre esses pacientes (ONISCU et al., 2003). Em Minas Gerais, em coorte que acompanhou os pacientes inscritos em lista de espera por cinco anos, foi observado que a maioria das unidades de diálise não contava com um centro transplantador, estando quase 40% dos inscritos vinculados ao mesmo centro. Ao fim do estudo, a maioria dos pacientes dessa coorte permanecia em lista (46,2%), enquanto 15,4% foram retirados da lista por falta de condições clínicas ou de acompanhamento adequado e 15,6% foram a óbito, sendo transplantados apenas 22,7% dos pacientes (MACHADO et al., 2012).

A avaliação e inclusão precoce em lista são muito determinantes e vantajosas para o paciente devido à menor possibilidade de contraindicação clínica em estágios mais iniciais (WOLFE et al., 1999; ONISCU et al., 2003). Maior tempo em diálise antes da realização do transplante está relacionado com maior morbidade, deterioração da condição clínica do paciente e, conseqüentemente, menor probabilidade de ser transplantado (ONISCU et al., 2003). Ao aumento de um ano de idade do paciente, a razão de risco de que ele seja transplantado pode diminuir em 2% e, a cada ano a mais em diálise, esse risco pode ser reduzido em 18% (MACHADO et al., 2012). Assim, quanto maior o tempo decorrido da entrada em diálise até a inscrição em lista, maior o tempo de espera para transplante (MACHADO et al., 2012; ONISCU et al., 2003) e quanto mais longo o tempo de espera em lista, maior a mortalidade e a chance de remoção por deterioração das condições clínicas (VONESH et al., 2006).

As condições clínicas do paciente representam importantes fatores de influência no acesso à lista e à realização do transplante renal. O tipo sanguíneo, a causa da doença renal crônica terminal, a presença de diabetes e o histórico de transplante renal estão entre esses fatores clínicos (MACHADO et al., 2012), os quais, podem apresentar algumas variações quanto às associações positivas ou negativas de acesso.

Em alguns casos, por exemplo, ter diabetes pode representar mais rigor no acompanhamento por parte do paciente e maiores chances de inclusão antecipada na lista de espera para transplante (KASISKE, LONDON et al., 1998). Em outros, a doença pode estar relacionada com fatores de contraindicação e representar menores chances de inscrição na lista (ONISCU et al., 2003).

O gênero é outro fator que pode se relacionar ao acesso. A maioria dos estudos indica que as mulheres têm maiores chances de ser incluídas na lista de espera mais precocemente (WOLFE et al., 1999; ONISCU et al., 2003; MACHADO et al., 2012), fato muito provavelmente relacionado ao hábito mais comum de cuidar da própria saúde entre o gênero feminino, sugerindo maior aproximação com o serviço. Um estudo observou que essa diferença entre os gêneros relaciona-se à chance de ser inscrito na lista de espera, mas que após a inscrição, as chances de transplante renal serão as mesmas para ambos, homens e mulheres (ONISCU et al., 2003). Contudo, sendo a prática do autocuidado mais comum entre o gênero feminino, e estando essa prática relacionada a questões sociais e culturais, deve-se reconhecer a possibilidade de um maior acesso das mulheres aos transplantes com doadores vivos.

Os transplantes com doadores vivos podem ser realizados com indivíduos consanguíneos, familiares até o quarto grau (primos). Para os transplantes com doador vivo não aparentado, exceto cônjuges, a realização da doação pode ocorrer somente após extenso trâmite, que envolve justificativa médica, autorização ética e judicial. Esses transplantes, com doadores vivos, são realizados em caráter eletivo com doador disponível e, preferencialmente, com o de melhor compatibilidade (MANFRO; CARVALHAL, 2003). Mas, enquanto o transplante com doador vivo pode representar uma possibilidade de tratamento para alguns pacientes, para outros, pode ser uma possibilidade sequer conhecida.

A disparidade de informação representa uma questão social e cultural importante que impacta no acesso ao transplante. Enquanto alguns pacientes podem lutar pelo transplante buscando por centros transplantadores acompanhados de seus doadores vivos, outros, socialmente desfavorecidos, podem não compreender a importância de uma avaliação e

inscrição precoce em lista de espera e não procurarem o serviço para avaliação mesmo que haja encaminhamento.

Além da falta de conhecimento e informação, também existem questões econômicas envolvidas no acesso a esse tratamento, e que também podem impactar nas diferenças entre transplantes com vivos e falecidos. Pacientes em condições socioeconômicas desfavoráveis podem ter mais dificuldade de encaminhamento das unidades de diálise para a avaliação nos centros transplantadores (MACHADO et al., 2012).

A inversão na proporção de doadores vivos e falecidos no Brasil a partir de 2007, sendo hoje a maioria dos transplantes com doadores falecidos, mostra os efeitos da atuação do SNT e aponta para uma caminhada em busca por maior igualdade de acesso a esse tratamento. Entretanto, certamente ainda existe grande diferença na necessidade percebida por grupos populacionais específicos.

As questões sociais podem ser muito evidentes no Brasil, onde são observadas muitas discrepâncias, que podem também estar presentes em outros cenários. Nos Estados Unidos, um estudo observou que 18,4% dos pacientes em lista de espera foram inscritos antes de iniciar a diálise, porém esses pacientes eram mais jovens, tinham níveis educacionais mais elevados e eram, em sua maioria, brancos (KASISKE, LONDON et al., 1998). Outros estudos mostram associação entre idade mais jovem e inclusão na lista de espera (ONISCU et al., 2003; MACHADO et al., 2012), o que também pode ser explicado pela relação da idade com os fatores clínicos, abordados anteriormente. No entanto, a associação com etnia, escolaridade, local de moradia, renda e plano privado de saúde, relacionam-se diretamente às desigualdades no acesso. São associados a uma menor probabilidade de entrada em lista de espera e obtenção de um transplante renal, ter baixa escolaridade, baixa renda, não ter plano privado de saúde e viver em áreas consideradas de maior risco (ONISCU et al., 2003; MACHADO et al., 2012).

Entendendo que o transplante é um tratamento que requer acompanhamento rigoroso e cuidado contínuo, é preciso considerar que hábitos de vida relacionados ao comportamento e moradia são variáveis que devem ser observadas pela equipe interdisciplinar na avaliação pré transplante. Em alguns casos, a percepção sobre a possibilidade de não adesão aos cuidados e aos medicamentos pode representar uma contraindicação a esse tratamento. No entanto, em se tratando de um sistema de saúde universal e apoiado na integralidade do cuidado, todos os pacientes com insuficiência renal crônica devem ter acesso à avaliação para verificação da possibilidade de inclusão em lista de espera.

De uma maneira geral, observamos que há diferentes fatores interferindo no acesso do paciente à lista de espera e ao transplante e que os fatores associados ao acesso à lista também são determinantes no acesso ao transplante. Pensando nos fatores modificáveis, que independem das condições clínicas do paciente, esses fatores podem ser agrupados em geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. Entretanto, sabendo dos benefícios do transplante ao portador de DRC, a avaliação quanto à viabilidade desse tratamento deveria ser ofertada em igualdade de oportunidade a todos que dele necessitam (SOUZA, 2016). Percebe-se, assim, a importância e necessidade de iniciativas para a ampliação do acesso a esse tratamento.

2.4.2 Importância e contribuição da ciência da melhoria na implementação e sustentabilidade de iniciativas

A implementação de qualquer iniciativa para mudança é formada por um componente técnico (estrutural) e um componente adaptativo (sociocultural), que juntos determinam seu delineamento (DAVIDOFF et al., 2015). Entretanto, esses diferentes aspectos não são levados em conta pelos implementadores, ou formuladores, de iniciativas no processo de implementação (DIXON-WOODS et al., 2011). Apesar do papel fundamental que estes diferentes aspectos intervenientes desempenham em implementações mais efetivas, a sua sistematização ainda é pouco frequente e as intervenções, na maioria das vezes, são pautadas de forma pouco sistemática.

A tentativa de implementações ou replicações de intervenções consideradas efetivas sem o conhecimento prévio sobre as razões para a ocorrência de mudanças e a forma como ocorrem conduzem a mudanças limitadas e pouco sustentáveis (MARSHALL; PRONOVOST; DIXON-WOODS, 2013). A dificuldade em sustentar as iniciativas pode ser retratada por estudo que aplicou estratégia para melhoria da qualidade no atendimento a pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e observou que os benefícios iniciais relacionados à utilização do protocolo preconizado foram sustentados por apenas um ano (OLOMU et al., 2014).

Diante da percepção de que fatores diversos determinam a implementação de uma iniciativa juntamente com um componente técnico, passa a existir um consenso de que, se pretendermos avançar no conhecimento sobre como fazer mudanças para melhorar a

qualidade do cuidado de saúde é crucial a compreensão do como e do porquê intervenções funcionam, e não apenas se elas funcionam (CALDAS, 2017).

Partindo dessa perspectiva, um trabalho conduzido em Michigan ficou reconhecido por identificar como e porque as práticas para o controle de infecção - que haviam trazido efeitos muito positivos e sustentáveis - haviam sido efetivamente adotadas (DIXON-WOODS et al., 2011). A explicitação da chamada teoria de mudança da iniciativa, no estudo realizado em Michigan, tem sido evidenciada por outros pesquisadores como essencial às iniciativas de melhoria da qualidade do cuidado de saúde (MARSHALL; PRONOVOST; DIXON-WOODS, 2013).

Teoria de mudança, portanto, é o termo empregado para se referir ao entendimento do que precisa ser feito para obter os benefícios esperados por uma iniciativa (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004). Na literatura, é observada uma diversidade de termos para se referir às teorias de mudança, relativas a intervenções, como, por exemplo, teoria do programa, teoria da intervenção, pequena teoria ou simplesmente teoria, não havendo, contudo, diferenças na sua definição (DONALDSON, 1995).

Contudo, independente do termo utilizado, na maioria das vezes implementadores da iniciativa não sistematizam suas crenças e expectativas com relação ao que precisa ser feito. Em circunstâncias práticas reais, a construção de uma teoria em iniciativas implementadas pelo próprio serviço, normalmente orientadas pela urgência em agir, e sem a presença de pesquisadores, parece ser pouco viável, apesar da relevância frente aos benefícios trazidos por um modelo que explique como e porque uma iniciativa funciona.

Uma característica marcante de muitos esforços de melhoria é a tendência dos profissionais em conduzi-los diretamente, pela intuição e sem essa etapa (DAVIDOFF et al., 2015). No entanto, a intuição pessoal é sempre enviesada, distorcida e limitada (KAHNEMAN, 2011), e a necessidade de formalização de uma teoria de mudança é cada vez mais recomendada no campo da melhoria (DAVIDOFF et al., 2015). A explicitação e formalização de uma teoria pode encurtar o tempo necessário para desenvolver uma iniciativa de melhoria, otimizar seu desenho, identificar condições de contexto necessárias para seu sucesso e facilitar o aprendizado (GROL et al., 2007; FOY et al., 2011).

De maneira ideal, parte da teoria de mudança deveria ser explicitada antes mesmo da implementação da iniciativa, mas sua identificação durante o acompanhamento também é importante e valorizada. No desenho de uma intervenção a ideia de uma teoria de mudança é

importante no direcionamento de componentes ativos a serem considerados (PORTELA et al., 2016), enquanto que no seu acompanhamento, a teoria de mudança será a base para a explicação sobre porque os efeitos observados ocorrem, permitindo a replicação para outros contextos de modo não simplista e superficial (DIXON-WOODS et al., 2011).

Para os profissionais que trabalham na implementação de intervenções sempre haverá pressupostos, fundamentos e direcionadores implícitos, usados de maneira consciente ou inconsciente. O desafio na conformação da teoria de mudança, portanto, está em tornar explícitos esses fundamentos e direcionadores (DAVIDOFF et al., 2015).

A construção do chamado diagrama direcionador pode ajudar a tornar claros esses propósitos através da identificação dos componentes e mecanismos de mudança da intervenção (BENNETT; PROVOST, 2015). A construção desse diagrama parte do objetivo da iniciativa em direção aos seus elementos de mudança, entretanto sua observação é uma via de mão dupla (BENNETT; PROVOST, 2015).

Os direcionadores primários e secundários, que compõem o diagrama, apontam os componentes essenciais da intervenção para alcançar os objetivos pretendidos, como pontos de alavancagem para o que precisa ser mudado. Os direcionadores primários são os pontos principais de impulso. Os secundários, também funcionam como impulso, todavia representam abordagens mais ativas e etapas mais individualizadas da intervenção (BENNETT; PROVOST, 2015). Os direcionadores levam aos elementos de mudança da intervenção, sendo perfeitamente aceitável que um elemento de mudança esteja relacionado a diferentes direcionadores, diante da natureza complexa das intervenções (BENNETT; PROVOST, 2015).

O desenvolvimento de uma teoria torna explícito o pensamento dos implementadores quanto aos direcionadores de uma iniciativa e enfatiza as hipóteses que orientam suas intervenções e muitas vezes não eram reconhecidas, contribuindo para a percepção de falta de consenso entre os diferentes membros da equipe, fundamentação deficiente ou incoerência na lógica causal proposta (DAVIDOFF et al., 2015).

Além desses componentes, os mecanismos de mudança da intervenção também conformam sua teoria. Os mecanismos da intervenção referem-se às suas hipóteses de mudança implicitamente estabelecidas. A apreensão destes mecanismos de mudança envolvidos nas intervenções para a melhoria do cuidado de saúde busca identificar as

características específicas da iniciativa e do ambiente onde ela é implementada e associar-lhes ao sucesso, ou insucesso observado (PORTELA et al., 2016).

Além de ser fundamental no desenho de uma intervenção, por possibilitar a identificação dos seus componentes e mecanismos de mudança implicitamente estabelecidos, a teoria da intervenção também é essencial no seu acompanhamento. No acompanhamento da iniciativa, a teoria é fundamental para compreender porque a intervenção funciona, ou não funciona (DAVIDOFF et al., 2015). Portanto, a atualização da teoria de mudança à luz da experiência adquirida com a implementação possibilita que as intervenções sejam mais dissemináveis a partir da compreensão dos fatores contextuais que nela operam (DAVIDOFF et al., 2015). O que envolve, portanto, o entendimento de tudo que não faz parte do processo técnico da iniciativa diretamente (KAPLAN et al., 2010).

Mesmo em um processo em andamento, a elaboração da teoria permite uma continuidade da discussão sobre o proposto, com aprendizagem e aperfeiçoamento contínuos (DIXON-WOODS et al., 2011). Deve-se considerar, ainda, que mesmo em casos de insucesso da iniciativa, a atualização da teoria é igualmente importante por permitir a identificação do que saiu errado, ou onde devem ser realizadas alterações (DIXON-WOODS et al., 2011).

Sabendo que uma intervenção é permeada por relações sociais e culturais complexas, e que sua implementação atribuída a uma lista de verificações simples seria um mito (BOSK et al., 2009), é possível perceber que, quando iniciativas de melhoria são implementadas sem o entendimento adequado do que a intervenção envolve e como ela funciona, além do risco de resultados limitados e não sustentáveis, haverá o risco de replicações distorcidas, que não representam os mecanismos reais de mudança (DIXON-WOODS et al., 2011). A utilização dessa abordagem mais científica, portanto, contribui para o aumento da capacidade das organizações de saúde prestarem cuidado de alta qualidade e otimizarem a utilização de recursos (MARSHALL; PRONOVOST; DIXON-WOODS, 2013), fazendo parte da construção desse conhecimento o entendimento sobre como o contexto afeta a implementação e os resultados (ØVREITVEIT, 2011).

Para a conformação da teoria de mudança do programa, o conhecimento e utilização de grandes teorias são úteis. Grandes teorias e pequenas teorias contribuem de maneira complementar para o delineamento e compreensão de uma iniciativa de melhoria. Enquanto as grandes teorias partem de um alto nível de abstração e podem ser aplicadas dentro de diferentes domínios devido à capacidade de generalização, as pequenas teorias são específicas para cada intervenção, e contam com o auxílio das primeiras (DAVIDOFF et al.,

2015). Assim, o conhecimento de grandes teorias possibilita sua aplicação como auxílio à elaboração da teoria de mudança da intervenção.

Desse modo, conformam a teoria de mudança de um programa seus componentes, mecanismos e aspectos contextuais envolvidos, os quais são fundamentais, em linhas gerais, ao seu desenvolvimento, aprendizado e disseminações de intervenções mais factíveis e efetivas.

Como área de estudo das iniciativas para melhoria da qualidade, emergiu a *Improvement Science*, traduzida aqui como *ciência da melhoria do cuidado de saúde*, que preconiza, entre outras coisas, a formulação de teorias explícitas sobre como as mudanças acontecem, contribuindo para a sistematização com base no método científico de um aprendizado prático (MARSHALL; PRONOVOST; DIXON-WOODS, 2013; BERWICK, 2008; PORTELA et al., 2015). A ciência da melhoria tem o propósito de atuar no desenvolvimento e avaliação de intervenções, estudar sistematicamente os mecanismos de mudança e identificar estratégias para sua disseminação (PORTELA et al., 2016; THE HEALTH FOUNDATION, 2011).

A necessidade de expansão da ciência da melhoria aplicada ao cuidado de saúde e da ideia de formulação de teorias de mudança é realçada pelo desconhecimento sobre a sua existência por muitos profissionais (DAVIDOFF et al., 2015). Partindo da aliança entre pesquisadores e implementadores, a ciência da melhoria valoriza a sabedoria local (MARSHALL; PRONOVOST; DIXON-WOODS, 2013; PORTELA et al., 2016) e visa possibilitar a construção de conhecimento generalizável, aumentando o impacto das intervenções e a probabilidade de outros reproduzirem-na com sucesso (PORTELA et al., 2016; DAVIDOFF et al., 2015; DIXON-WOODS et al., 2011).

Frente à complexidade que envolve o entendimento e identificação das questões contextuais devido ao seu entrelaçamento com a implementação e diante da importância da identificação desses aspectos determinantes nesse processo, faz-se necessário identificar, de uma maneira geral, a gama diversa de possíveis fatores contextuais intervenientes em uma iniciativa de melhoria.

Nesse sentido, diferentes trabalhos têm sido desenvolvidos com o intuito de fornecer arcabouços teórico-conceituais que levem em conta esses possíveis fatores contextuais. Esses arcabouços têm sido elaborados a partir de grandes teorias validadas e pesquisas prévias e têm, tanto o objetivo de guiar a implementação de iniciativas de melhoria, como avaliá-las (DAMSCHRODER et al., 2009; OVREITVEIT, 2011). Podem ser citados, por exemplo, o

CFIR (*Consolidated Framework For Implementation Research*) (DAMSCHRODER et al., 2009), o TDF (*Theoretical Domains Framework*) (MICHIE et al., 2005; CANE; O'CONNOR; MICHIE, 2012) e o MUSIQ (*Model for Understanding Success in Quality*) (KAPLAN et al., 2012).

Dentre estes, o MUSIQ (*Model for Understanding Success in Quality*) (KAPLAN et al., 2012) é um arcabouço que vem se destacando por sua sistematização no auxílio ao entendimento dos fatores contextuais que afetam o sucesso de uma iniciativa de melhoria. Seu destaque relaciona-se à sua organização baseada em níveis dos sistemas e serviços de saúde, divididos em: microssistemas, compostos por pequenos grupos para prestação de cuidados, como unidades hospitalares, por exemplo; macrossistema, representado pelos grandes sistemas ou organizações; ambiente externo, como a comunidade onde sistemas menores operam; e equipe de melhoria da qualidade, composta pelos implementadores da iniciativa de melhoria (KAPLAN et al., 2012).

O MUSIQ também foi elaborado a partir de criteriosa revisão de literatura e, por seu arranjo representativo dos diferentes estratos de uma organização de saúde, pode ter grande aplicabilidade no estudo de uma iniciativa como a deste trabalho, implementada por um grupo de melhoria, os implementadores, em um microssistema (unidade de transplante) envolto por um ambiente externo, inserido em um macrossistema (hospital). Como a seleção dos indivíduos numa amostragem teórica não se baseia na representação estatística, mas no nível esperado de novos *insights* para um estudo em desenvolvimento (KNAUTH; LEAL, 2014), os estratos estabelecidos pelo MUSIQ podem facilitar a definição teórica dos grupos sociais levados em consideração neste estudo.

A inserção da iniciativa estudada nesse trabalho em espaço organizacional maior, representado pelo hospital, conduz à necessidade de que sejam considerados possíveis fatores contextuais relacionados a essa interação, entre esses ambientes. Por isso, é relevante destacar a peculiaridade do cenário organizacional onde se inseriu a iniciativa estudada, de busca por acreditação. A implementação de duas iniciativas de melhoria no mesmo espaço, simultaneamente e por grupos diferentes, pode indicar interferências contextuais importantes de uma iniciativa sobre a outra, com determinações específicas sobre o desenvolvimento de ambas.

A busca por acreditação pode ser considerada uma tendência cada vez mais presente em diferentes instituições de saúde. O crescimento da valorização dessa iniciativa parece estar relacionado com a perseguição pela comprovação de um cuidado prestado com qualidade,

frente ao reconhecimento de problemas na qualidade do cuidado stampados, por exemplo, em relatórios tais como *To Err is Human: Bulding a Safer Health System* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) e *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century* (INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.), 2001), publicados pelo Comitê Internacional da Qualidade do *Institute of Medicine* (IOM), no final da década de 1990 e início dos anos 2000.

Apesar de muito posteriores a outras constatações sobre o impacto de um cuidado prestado com qualidade (SHEINGOLD; HAHN, 2014), esses relatórios podem ser considerados um marco no reconhecimento da importância da qualidade do cuidado. A notoriedade dessas publicações relaciona-se à explicitação sobre a letalidade dos erros evitáveis nas organizações (CHASSIN; GALVIN, 1998) e falhas no cuidado (HEWITT; SIMONE, 1998), emergindo o alerta para a necessidade de maior dedicação e prioridade ao tema da qualidade do cuidado (SCHUSTER; MCGLYNN; BROOK, 1998; ROLAND et al., 1999).

Essa exposição sobre tamanha vulnerabilidade dos serviços de saúde aliada à possibilidade de contestação do seu desempenho contribuiu, tanto com o crescimento da implementação de iniciativas diversas de melhoria, como com a procura por validações externas pelas organizações, cada vez mais desejosas em comprovar a prestação de um cuidado de qualidade.

A busca pela acreditação, especialmente onde o selo não é obrigatório, traz consigo uma mudança intencional dos processos e da postura organizacional para o desenvolvimento de melhores práticas e, por isso, também pode ser caracterizada como uma iniciativa de melhoria (ALVES, 2015). Todavia, diante dos anseios pelo cumprimento de padrões externos, nem sempre condizentes com as necessidades institucionais, e da burocratização excessiva e rigidez a que as próprias organizações que buscam pela acreditação se colocam, vem sendo observada a possibilidade de uma distorção nesse propósito de melhoria da qualidade (DIXON-WOODS et al., 2014), existindo uma lacuna no conhecimento quanto aos reais benefícios trazidos pela certificação à prestação real de um cuidado de qualidade (DIXON-WOODS et al., 2014; DEVKARAN; O'FARRELL, 2015).

Em países em desenvolvimento, onde não houve um movimento mais sistêmico pela melhoria da qualidade, como houve nos Estados Unidos e Reino Unido, a distância entre a busca por acreditação e a implementação efetiva de mudanças pode ser ainda maior. No Brasil, o tema da melhoria da qualidade do cuidado emergiu em período muito recente,

quando comparado com a abordagem avaliativa do país (SCHIESARI; KISIL, 2003). O histórico avaliativo nacional, aliado à falta de estímulo ao desenvolvimento da melhoria da qualidade do cuidado, pode ser um fator que contribui com a distorção desse foco por parte das organizações, que se concentram numa busca por um requisito que não cumpre com seu objetivo central de melhoria, mas que se volta, principalmente, para a competição e comprovação externa de um serviço de qualidade superficial, restrito aos momentos de avaliação.

Diante da reconhecida lacuna quanto aos efeitos positivos da busca por acreditação e sabendo que essa é uma peculiaridade do cenário onde se insere a iniciativa estudada, o estudo dos possíveis determinantes contextuais relacionados a esse aspecto deve ser considerado. Juntamente com este, a diversa possibilidade de fatores relacionados deve ser levada em consideração.

Mesmo oriundos de uma elaboração criteriosa, os arcabouços teórico-conceituais que tratam dos possíveis fatores contextuais envolvidos nas implementações de intervenções para a melhoria do cuidado de saúde não estão livres de limitações. A simplificação, a não exaustividade a uma análise contextual mais aprofundada, o aprisionamento analítico e a possibilidade de sobreposição de diferentes teorias podem ser algumas delas. Sendo assim, com o intuito de compreender os fatores contextuais na implementação de uma iniciativa, ocorrida em cenário maior de busca por acreditação, de forma fundamentada, porém sem um aprisionamento, este trabalho se apoia em elementos teóricos sistematizados por Grol (GROL et al., 2013).

O resgate dessa sistematização visa contribuir com a incorporação da perspectiva epistemológica das Ciências Sociais e com a conformação da consistência metodológica para o apoio aos caminhos analíticos adotados. Parte-se do pressuposto de que para que seja possível a produção de uma interpretação consistente dos dados qualitativos, faz-se necessária a apropriação prévia de uma perspectiva teórica e de categorias analíticas (KNAUTH; LEAL, 2014), o que quer dizer que, retomando Bourdieu (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1999), os dados não falam por si.

Sem a intenção de apresentar uma revisão extensa das teorias sistematizadas por Grol (GROL et al., 2013), pretende-se, aqui, retomar alguns pressupostos teóricos fundamentais à compreensão do fenômeno analisado para a realização deste estudo.

Inicialmente, serão abordadas as explicações para mudanças ocorridas a partir de aspectos relacionados aos profissionais individualmente, em seguida, as relacionadas às interações entre os indivíduos, as relacionadas ao contexto da organização em si e, por último, às relacionadas ao contexto econômico.

Tratando das explicações relacionadas aos próprios indivíduos para a ocorrência de mudanças, algumas elucidações focam no processo racional de tomada de decisão, como, por exemplo, explicando a necessidade de compreensão, pelos indivíduos, para que algo novo seja feito (GROL et al., 2007). Esses pressupostos partem de abordagens da psicologia cognitiva e consideram que um indivíduo com conhecimento prévio sobre determinado assunto pode mais facilmente perceber os benefícios de uma inovação e seu impacto, que indivíduos sem conhecimento e diante de abordagens mais impositivas (SCHMIDT, 1984).

Para outras abordagens, ainda no campo das interferências individuais, além da cognição - que envolve o conhecimento - também influencia nas mudanças, a motivação dos indivíduos em aprender e a mudar, sendo determinante o interesse em aprender algo novo. Esse interesse em aprender algo novo, contudo, aflora a partir da percepção quanto à sua aplicabilidade na resolução de problemas vivenciados da prática cotidiana, tendo pouco valor informações não palpáveis e mais abstratas (WALKER; LEARY, 2009).

Existem, também, outros pressupostos voltados para a motivação dos indivíduos. Para alguns autores estudiosos do comportamento humano (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000), a motivação em agir envolve três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. O primeiro se refere às crenças, o segundo se relaciona aos sentimentos em relação a algo, e o terceiro é mais complexo e envolve a crença sobre o que os outros pensam. De maneira muito resumida, a motivação de um indivíduo em se comportar de determinada maneira, além de estar relacionada às próprias crenças e sentimentos, está muito relacionada ao que outras pessoas pensam ou como elas gostariam que um indivíduo se comportasse e, portanto, relacionam-se a normas sociais, hábitos e padrões estabelecidos, implicitamente ou não.

Ainda sobre as motivações, alguns autores consideram que intenções e ações serão mais coerentes quanto maior o interesse pessoal envolvido, ou seja, quando o interesse pessoal é mais valorizado que as normas sociais (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000).

Também existem explicações para mudanças ocorridas a partir de aspectos relacionados a outros indivíduos interagindo dentro do ambiente. Alguns pressupostos indicam que uma

mensagem pode ter maior ou menor capacidade de convencimento dependendo da funcionalidade e da validade da informação, da relevância pessoal, da credibilidade e do *status* de quem informa (GROL et al., 2013). Do mesmo modo, características do receptor da mensagem também interferem na aceitação e sustentabilidade do que é proposto, como, inteligência, conhecimento prévio e interesse (GROL et al., 2013).

Nesse mesmo sentido de interação entre os indivíduos, diferentes autores abordam a chamada aprendizagem social. A aprendizagem social surge de um campo de estudo sobre como as pessoas formam inferências a partir das informações sociais fornecidas pelo ambiente (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000), explicada pela cognição social. A cognição social diz respeito ao processo cognitivo de socialização, que pode ser favorável à mudança, ou não. Seus pressupostos se relacionam à seletividade perceptiva, que se refere à percepção mais aguçada de estímulos familiares, como a lembrança de palavras mais conhecidas do que das desconhecidas diante da exposição a ambas ao mesmo tempo, explicando que o comportamento dos indivíduos é muito modelado pelo meio em que estão expostos, determinado pela influência de uns sobre os outros e reconhecimento instintivo de ações comuns.

Diferentes autores consideram que o comportamento individual não pode ser considerado isolado do comportamento de outros indivíduos que compõem uma rede social (GREER, 1988; MITTMAN; TONESK; JACOBSON, 1992). Sendo assim, normas, valores e cultura prevalentes nas redes sociais importam; e contribuem para a conformação dessas redes, as diferenças nos atributos individuais, a experiência pregressa na incorporação de inovações, e a solidez ou fragilidade de laços dentro da rede (GROL et al., 2013). Para os autores deste campo de estudo, consenso e comunicação locais são muito valorizados pela comunidade em rede (GROL et al., 2013). Nessas redes, ainda, a opinião dos líderes é particularmente importante, uma vez que eles têm grande influência e podem ser facilitadores da mudança (GRIMSHAW et al., 2006). Ainda segundo os autores que abordam o comportamento dos indivíduos em redes, o sentimento de comunidade faz com que as pessoas fiquem mais propensas a oferecer seu próprio tempo e recursos pelo interesse coletivo (GILLESPIE et al., 2008).

De forma diferenciada das redes estabelecidas como comunidades, o trabalho em equipe também é abordado como uma forma de interação, porém no sentido de alternativa à fragmentação do cuidado (FIRTH-COZENS, 1998). O desenvolvimento dessas equipes requer atenção a duas questões centrais: quem faz parte da equipe e como os membros da

equipe trabalham juntos (GRUMBACH; BODENHEIMER, 2004). São também apontados como pressupostos fundamentais para que as equipes sejam mais produtivas, a boa relação interpessoal, habilidades de comunicação e uma liderança forte, além de estarem integradas com os objetivos estratégicos fundamentais de suas organizações (MILLS; WEEKS, 2004).

Existem também explicações para a dispersão do poder, coordenação frouxa, pouco controle gerencial sobre a qualidade e as despesas e dificuldade em inovar, mais frequente em organizações de saúde que em outros tipos organizacionais. Para Mintzberg (1996), o centro operacional - parte da organização responsável por ofertar o produto ou serviço final - formado por médicos e, portanto, altamente especializado nessas organizações e com grande autonomia em relação aos dirigentes, explica as peculiaridades desse cenário.

Também são apontados como influenciadores da realização, ou não, de mudanças na prática clínica, a presença de líderes formais ou informais. De uma maneira geral, a gerência é apontada como representativa da autoridade na hierarquia formal, enquanto líder é um termo usado de maneira mais genérica para indicar, além de quem ocupa esses cargos, pessoas que influenciam os outros de maneira informal, como profissionais respeitados (ØVRETVEIT, 2005). Enquanto a gerência está muito relacionada à supervisão, a liderança exerce influência a partir de conhecimento e da capacidade de estabelecer alianças e, portanto, tanto pode ser exercida por uma autoridade formal, como por qualquer pessoa ou grupo (DONALDSON, 1995). A liderança, portanto, é mais dinâmica, visionária e motivacional que o gerenciamento e apresenta capacidade de educar (ØVRETVEIT, 2005).

No que se refere às condições para possíveis mudanças a partir de aspectos relacionados ao contexto organizacional, destacam-se diferentes abordagens sobre a gestão da qualidade. Desde a abordagem por Deming e outros autores, (JURAN, 1964; DEMING, 1982; DEMING, 1986), passando por Berwick (1989), Laffel e Blumenthal (1989), quanto à aplicabilidade da temática até então industrial no campo da saúde, a melhoria contínua da qualidade é definida como um método para direcionamento das decisões de uma ampla gama de membros da organização baseadas em análises fundamentadas em métodos estatísticos e outras ferramentas (SHORTELL; BENNETT; BYCK, 1998). Contudo, esses estudiosos destacam que esse método deve ter o objetivo de identificar oportunidades de melhoria pela organização, estando mais focado em aprender e cooperar com o trabalho, que censurar os profissionais ou setores avaliados (BERWICK, 1989).

Para os autores que estudam essa abordagem, a organização deve estar atenta para que a gestão da qualidade - que seria uma rosa maravilhosa se bem cuidada - não floresça em um

jardim repleto de ervas daninhas, sendo a principal delas a regulação excessiva (SHORTELL; BENNETT; BYCK, 1998). Além da regulação excessiva, demais ervas daninhas seriam os incentivos desalinhados, conflitos profissionais, prioridades competitivas, inércia organizacional e falta de sistemas de informação adequados (SHORTELL; BENNETT; BYCK, 1998). Para os estudiosos, a regulação excessivamente pesada contribui para a chamada teoria das maçãs podres (BERWICK, 1989), que se refere à organização que não procura entender como a medição e o resultado podem contribuir com o trabalho, mas se concentra na defensiva para que suas maçãs podres não sejam descobertas, impossibilitando o principal objetivo referente ao aprendizado, a partir do crescimento amparado, e resultando numa busca vazia por melhorias.

Outros pressupostos teóricos mais abstratos tratam da necessidade de aprender a aprender, conforme diz Senge (1990). Para esses autores, o conhecimento não cria, por si só, um aprendizado organizacional (GARVIN, 1993). E, sem o aprendizado, as empresas – e os indivíduos – simplesmente repetem as velhas práticas, e as melhorias são casuais ou têm vida curta (GARVIN, 1993). Assim, o aprendizado na organização é visualizado como a mudança de comportamento a partir da aquisição de conhecimento e novas percepções (SENGE, 1990; GARVIN, 1993). Novas ideias são vistas como essenciais ao aprendizado e funcionam como o desencadeante da melhoria organizacional (SENGE, 1990), independente da fonte do conhecimento e do nível de atuação dos profissionais envolvidos nessa troca (GARVIN, 1993).

Esses autores explicam que o aprendizado com outros pares, e não somente o auto-aprendizado, e a transferência do conhecimento e seu compartilhamento para toda a organização, ao invés do seu acúmulo em poucas "mãos", contribuem para o aprendizado organizacional e crescimento (GARVIN, 1993). Além disso, condições individuais também favorecem que o aprendizado organizacional possa ocorrer (LÄHTEENMÄKI; TOIVONEN; MATTILA, 2001), com destaque para formas de disseminação e integração do conhecimento (NEVIS; DIBELLA; GOULD, 1995). De forma antagônica, explicam que podem dificultar o aprendizado a perseguição, com o uso de sanções pela avaliação, e a pressa. Além disso, explicitam que limites inibem o fluxo de informações, uma vez que mantêm indivíduos e grupos isolados, sem a troca de ideias e conhecimento como desencadeante inicial do aprendizado, e reforçam preconceitos (GARVIN, 1993).

Ainda relacionado às questões contextuais inerentes à própria organização, existem os pressupostos que indicam a cultura como um elemento chave para mudanças no sistema de

saúde (SCOTT et al., 2003). Desde o início do séc. XX já se falava na possibilidade da cultura, relacionada à socialização, como interferente no comportamento organizacional e no seu desempenho (ROETHLISBERGER; DIXON, 1939), mas somente a partir da década de 1980 é que foi mais popularizada a noção de que a cultura é determinante no desempenho organizacional (PETERS; WATERMAN, 1982; DEAL; KENNEDY, 1982; ALLEN; KRAFT, 1982). Desde então, há mais enfoque em usar a mudança cultural como uma estratégia para o desenvolvimento de melhorias (SCOTT et al., 2003). Entretanto, existe uma conscientização quanto às limitações sobre o gerenciamento dessa perspectiva (BROWN, 1995; MARTIN, 2002).

A cultura organizacional tem sido descrita como um dos mais difíceis conceitos organizacionais de se definir (HATCH, 1997). Na literatura, podem ser observados dois grandes grupos: os que defendem a cultura como um atributo e os que a consideram uma metáfora (SCOTT et al., 2003). Para os primeiros, a cultura é algo manipulável, que a organização pode ter, ou pode não ter, como uma estrutura ou uma estratégia (SCOTT et al., 2003). Para o segundo grupo, a cultura leva em consideração a interação social dos participantes e, portanto, não está nas mãos de agentes especificamente voltados para isso, podendo influenciar na direção cultural da organização não só os gerentes, mas todos os seus membros (SCOTT et al., 2003). De uma maneira geral, a diferença entre o primeiro e o segundo grupo seria que a cultura no primeiro é vista como algo que é procurado; e no segundo como consequência de todo o trabalho organizacional.

Por outro lado, existem autores que seguem um caminho intermediário entre essas duas abordagens, assumindo que cultura não é algo controlável, mas que traz contribuições funcionais para objetivos gerenciais e organizacionais mais amplos (SCOTT et al., 2003).

Encerrando a abordagem dos possíveis intervenientes na implementação de uma intervenção, existem os aspectos relativos ao ambiente externo onde se insere a organização. Esses aspectos envolvem desde recompensas, incentivos financeiros, considerações sobre o mercado, até arranjos contratuais como influenciadores.

O quadro 1 sintetiza elementos considerados na elaboração do instrumento de coleta de dados e nas análises do componente qualitativo deste estudo. Apresenta a conformação de códigos baseados na fundamentação teórica prévia, anterior às análises. Aqui são apresentadas as ideias temáticas fundamentais que delimitaram cada código, permitindo a chamada codificação baseada em conceitos (GIBBS, 2009), utilizada na etapa analítica inicial com o propósito de facilitar a abertura deste trabalho pela pesquisadora.

Quadro1. Delimitação teórica com codificações baseadas em conceitos para apoio à concepção do instrumento de coleta e análises do componente qualitativo

Código	Ideias temáticas fundamentais
Cognitivo	Conhecimento acerca do propósito da iniciativa e compreensão para que algo (novo) seja feito, com percepção de benefícios superiores às desvantagens com o trabalho "extra"
Educacional	Importa a motivação dos indivíduos em aprender e a mudar. Influencia nessa motivação o processo de construção do conhecimento, que é determinado pela aplicabilidade da inovação na resolução de problemas comuns, o conhecimento prévio e o estilo pessoal de aprendizagem
Motivacional	Toda ação, ou comportamento do indivíduo, é influenciada por suas crenças e seu afeto em relação à nova ação proposta e pelas normas subjetivas, ou seja, ao julgamento sobre o comportamento esperado
Comunicação	A comunicação pode influenciar atitudes e comportamentos, sendo determinantes não só a funcionalidade e validade da informação, mas as características de quem envia e de quem recebe a mensagem
Aprendizagem social	Um ambiente favorável à mudança pode delinear a postura profissional
Influência e redes sociais	A adoção de novas ações é fortemente influenciada pela estrutura da rede social e pelo senso de comunidade
Trabalho em equipe	Equipes coesas com características específicas são uma alternativa à fragmentação do cuidado. Mas, embora os grupos de prestação de cuidado à saúde sejam frequentemente chamados de equipe, eles precisam ganhar verdadeira condição de equipe para demonstrar, de fato, trabalho em equipe
Profissionalização	Centro operacional especializado com autonomia excessiva nas organizações
Liderança	Capacidade de influenciar, independente de autoridade formal
Organização inovadora	A organização tem características próprias que podem facilitar inovações, ou não
Gestão da qualidade	Identificação de oportunidades de melhoria a partir do aprendizado, diferente da inspeção e regulação muitas vezes a ela relacionada
Reengenharia	Redesenho do processo assistencial com maior integração entre o que seriam diferentes pontos do cuidado. O foco é direcionado à melhoria dos resultados clínicos e dos custos
Complexidade	Consideram que o sistema de saúde e suas unidades componentes são uma coleção de agentes individuais com liberdade para agir de modo nem sempre previsível com ações interconectadas
Aprendizado organizacional	Trata do aprender a aprender, no qual há ocorrência real de aprendizado na organização a partir de conhecimento adquirido refletido na mudança comportamental, o que permite que melhorias sejam mais sustentáveis
Cultura organizacional	É algo imbuído na organização que possibilita a naturalização das práticas como necessárias e que traz contribuições funcionais para objetivos gerenciais e organizacionais mais amplos
Econômicos	Recompensas e incentivos financeiros adequados podem influenciar no desempenho profissional e organizacional
Contratuais	Arranjos contratuais podem orientar o comportamento profissional e organizacional no sentido de atender às necessidades da população e alcançar padrões de qualidade

Fonte: A autora.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral desta tese é estudar uma iniciativa para a melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico, implementada em um centro transplantador localizado em cidade de porte médio do Sudeste do Brasil, buscando estabelecer sua teoria de mudança e o papel dos fatores contextuais na sua implementação, assim como os resultados obtidos.

Visando alcançar este objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram estruturados:

- Descrever a iniciativa e seus componentes ativos;
- Identificar os mecanismos de mudança implicitamente estabelecidos na sua concepção e desenvolvimento;
- Identificar fatores contextuais intervenientes na implementação da iniciativa, buscando compreender o papel por eles desempenhados;
- Observar efeitos da iniciativa no que concerne ao acesso e efetividade do tratamento por transplante.

4 MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos, este trabalho envolveu dois componentes: (i) estudo qualitativo para a descrição, identificação dos componentes ativos, mecanismos de mudança e fatores contextuais que influenciaram a implementação da iniciativa de melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico; e (ii) quantitativo, com estudo observacional de séries temporais de indicadores dos efeitos da intervenção no acesso ao transplante renal e efetividade desse tratamento antes e após a implementação dessa iniciativa de melhoria.

4.1 LOCAL DO ESTUDO E INICIATIVA ESTUDADA

A iniciativa para melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico foi conduzida em um centro transplantador da Zona da Mata mineira. Este centro é composto por ambulatorios, pré e pós transplante, e unidade de transplante inserida em um hospital de referência para a macrorregião do estado.

O hospital onde se insere a unidade de transplante é o local do estudo. É uma instituição filantrópica, com mais de 70% dos seus 508 leitos dedicados ao SUS e que possui uma operadora própria de plano de saúde. É referência em alta complexidade para uma das macrorregiões de Minas Gerais, com mais de 1.500.000 habitantes.

Por ser uma entidade sem fins lucrativos regida pelas Leis Canônicas da Igreja Católica, conta com uma Irmandade mantenedora, fundada em 1854, e com a chamada Gestão Executiva. A Gestão Executiva é composta por Gestor Geral e Administrativo, Gestor Financeiro, Direção Clínica, Direção Técnica e Chefe de Enfermagem. Já a Irmandade é composta por cem irmãos, que não podem receber qualquer pagamento por seus serviços prestados ao hospital. Até novembro de 2008, a entidade era regida por uma Resolução aprovada em 1855, a partir de um compromisso aprovado pelo Bispo de Mariana, e reorganizada em 1897 pela Mesa Administrativa. Naquele ano, 2008, foi aprovado o novo Estatuto da Irmandade, que teve como maior modificação a extinção do Egrégio Conselho da Mesa Administrativa, quando foi criado um Conselho de Administração. Este Conselho passou a ser composto por quinze membros efetivos e cinco suplentes, sendo obrigatoriamente um terço de médicos e um representante da Arquidiocese, além de ser regido por uma Diretoria. Essa Diretoria, hoje, é composta por presidente, vice-presidente e diretor-secretário.

Eleita em 2010, a atual Diretoria do Conselho de Administração vem trabalhando desde então por mudanças na organização. Duas mudanças realizadas, as quais este estudo procura abordar, são: a implementação da nova unidade de transplante renal e, como cenário mais geral, a busca por certificação externa. O selo de qualidade pretendido pela instituição, no início dessa trajetória, era o fornecido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), alcançado em 2013, e com renovação necessária a cada dois ou três anos, dependendo do nível de acreditação alcançado (ONA, 2014). Até o final de 2018, a instituição era considerada certificada pelo nível 3 da ONA.

A implementação da nova unidade de transplante renal no hospital foi realizada no final de 2012, seguindo as aspirações de um grupo de profissionais, formado por médicos assistenciais, médicos em cargos administrativos e uma consultoria terceirizada especializada em planejamento e gestão, contratada pela instituição para prestar serviços à Diretoria do Conselho de Administração e não somente ao grupo. Partiu desse grupo, denominado PGA (nome que se refere às atribuições a eles conferidas, Programa de Gerenciamento Assistencial), a idealização para implementação de diferentes unidades, além da unidade de transplante, todas regidas pelos mesmos princípios e pilares, as chamadas Unidades de Prática Integrada (UPI).

O princípio comum a todas as UPI implementadas, de transplante renal, ortopedia, clínica e cirurgia era a redefinição de processos assistenciais para a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Por isso, era previsto que em todas essas unidades estivessem como pilares: a interdisciplinaridade, a elaboração e adoção de protocolos clínicos e a discussão periódica de resultados, sendo a análise desses resultados apoiada por um grupo de profissionais especializados em saúde pública e epidemiologia. As UPI foram direcionadas ao atendimento dos pacientes do SUS, mas o grupo pretendia propagar esse modelo de assistência a todo o hospital. Os motivos para a escolha dessas especialidades, em princípio, não são explícitos. Do mesmo modo, não foram explicitados os componentes ativos e os mecanismos de mudança que nortearam a implementação de cada uma delas, inclusive a implementação da UPI de transplante, o que se procura esclarecer com a realização deste trabalho.

O primeiro transplante renal realizado na instituição ocorreu em 1983. Contudo, não havia na instituição uma unidade exclusiva para esses pacientes, o que inclui tanto espaço físico próprio como profissionais especializados exclusivos para o atendimento desses pacientes. Além dos cuidados especiais, a trajetória do paciente renal crônico extrapola os limites

institucionais, tanto no período pré como no período pós transplante. Desse modo, levar essa trajetória em consideração, ou não, pode ser crucial ao paciente e fundamental ao centro transplantador. Portanto, entendendo que a unidade de transplante faz parte de um centro transplantador, o estudo da iniciativa parte da sua inserção no espaço hospitalar, mas também leva em conta o ambulatório pré e pós transplante, que compõem esse centro. O ambulatório pré e pós transplante, contudo, ocupam outro espaço físico, não se localizam no hospital, mas estão diretamente relacionados a ele, tendo, inclusive, a mesma coordenação médica.

Assim, neste trabalho, o estudo dos fatores contextuais centra-se na unidade de transplante intra hospitalar - referida no trabalho como unidade de transplante - mas o estudo dos mecanismos de mudança considera os diferentes serviços que compõem o centro transplantador (ambulatório pré e pós transplante), por abranger toda a iniciativa e os componentes ativos que emergiram das falas dos entrevistados.

4.2 COMPONENTE QUALITATIVO DO ESTUDO

Descrição da iniciativa, estudo dos seus componentes ativos, mecanismos de mudança e fatores contextuais envolvidos

Para descrever a iniciativa de melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico, identificar seus componentes ativos, mecanismos de mudança e fatores contextuais que influenciaram sua implementação, na perspectiva de apreensão da teoria de mudança da intervenção, foi realizado um estudo qualitativo pautado no interacionismo simbólico e na fenomenologia.

4.2.1 Critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão

Este trabalho baseou-se no arcabouço teórico MUSIQ (KAPLAN et al., 2012), proposto para a consideração de fatores contextuais na implementação de intervenções para a melhoria da qualidade do cuidado de saúde. Tal arcabouço valoriza a observação de diferentes estratos da organização para que os aspectos contextuais a eles pertinentes possam ser considerados, explicitando os níveis do macrossistema, microssistema e grupo de implementadores.

Buscando captar perspectivas do macrossistema, foram considerados elegíveis para participação neste estudo, os membros da alta direção da instituição (presidência da Diretoria do Conselho Administrativo, gestor geral administrativo da Gestão Executiva, Direção Clínica e Chefia de Enfermagem) e um membro do grupo responsável pela busca da acreditação, desenvolvida em todo o cenário institucional. No microssistema, a unidade de transplante renal, local onde a iniciativa foi implementada e onde há prestação direta do cuidado, foram considerados profissionais das diferentes áreas assistenciais, de nível superior e médio. O grupo de implementadores, por sua vez, envolve os idealizadores da iniciativa voltada ao cuidado do paciente renal crônico, incluindo membros do grupo de melhoria do PGA, entre os quais se situava o coordenador da unidade de transplante.

Segundo o organograma institucional, a Chefia de Enfermagem faz parte da Gestão Executiva e é considerada integrante da alta direção da instituição. Por isso, neste trabalho, foi incluída como parte do macrossistema. As outras profissões, contudo, não contam com representantes nesse estrato organizacional, o que provavelmente relaciona-se à valorização mais recente dos demais representantes da equipe multiprofissional na instituição centenária.

Os indivíduos pertencentes a estes diferentes grupos podem representar as características sociais de cada um deles devido ao compartilhamento de ideias, práticas e valores (KNAUTH; LEAL, 2014). Partindo-se da assertiva de que em uma pesquisa qualitativa os indivíduos, ou grupos, são selecionados de acordo com a expectativa do pesquisador sobre suas possíveis contribuições para novas iluminações quanto ao objeto pesquisado (FLICK, 2009), a escolha destes indivíduos de acordo com critérios teóricos visou representá-los profissionais que possibilitariam *insights* para o desenvolvimento deste trabalho.

Dentre os elegíveis, foram incluídos os que manifestaram interesse e disponibilidade em participar após a explicitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e excluídos os contratados na unidade em período posterior à implementação da iniciativa. O interesse e a disponibilidade em participar foram definidos como viabilidade e solicitude para agendamento e realização da entrevista em até três contatos/encontros com a pesquisadora. Na falta de viabilidade e solicitude após o terceiro contato, considerou-se o caso como recusa em participar, sendo esse participante elegível excluído do estudo.

Para o componente qualitativo do trabalho, a estimativa inicial era de que fossem realizadas 20 entrevistas, como apresentado na tabela 1, com preservação da identidade de todos os participantes.

Tabela 1. Número de entrevistas planejadas por estrato organizacional

Estrato	Posição/Cargo	Formação	Nº de indivíduos no estrato
Macrossistema	Presidência do Conselho	Medicina	5
	Gestão Geral Administrativa	Administração	
	Direção Clínica	Medicina	
	Chefia de Enfermagem	Enfermagem	
	Gerente de Qualidade	Administração	
Microsistema	Prestação direta do cuidado	Apoio administrativo - nível médio	10
		Enfermagem - superior	
		Enfermagem - técnico	
		Farmácia	
		Fisioterapia	
		Medicina - Cirurgia	
		Medicina - Nefrologia	
		Nutrição	
		Psicologia	
		Serviço Social	
Grupo de implementadores	Direção Técnica	Medicina	5
	Consultoria Especializada	Administração	
	Coordenação Transplante	Medicina	
	Coordenação CEEP	Medicina	
	Membro CEEP	Medicina	
Total de entrevistados previstos			20

Fonte: A autora.

4.2.2 Coleta de dados e instrumento

O instrumento para coleta de dados consistiu em roteiro para entrevistas. Esse roteiro foi elaborado a partir da premissa de interferência de diferentes fatores contextuais na implementação da iniciativa e visou possibilitar, além da identificação desses aspectos contextuais, a identificação dos componentes ativos e mecanismos de mudança determinantes na implementação.

As entrevistas foram realizadas face-a-face em local que garantisse privacidade e evitasse o constrangimento, conforme disponibilidade dos profissionais, agendamento com abordagem individual prévia e autorização por escrito em TCLE. Nas abordagens foram destacados o caráter de confidencialidade e anonimato dos participantes, os quais estão identificados por pseudônimos na gravação, transcrição, análises e redação do estudo.

Todos os indivíduos incluídos foram submetidos ao mesmo roteiro, com um diferencial ao grupo de implementadores, os quais foram expostos a perguntas adicionais sobre a intervenção. Essas perguntas eram voltadas ao objetivo de descrição da iniciativa, com identificação dos seus componentes ativos e mecanismos de mudança previstos e adotados pelo grupo.

Observações e conversas informais foram registradas como notas de campo. O roteiro norteador das entrevistas pode ser visualizado no Apêndice A.

4.2.3 Estratégias adotadas na coleta de dados

Sabendo que nos anos anteriores ao estudo a pesquisadora mantinha vínculo com a instituição onde foi realizada a pesquisa, foram adotadas algumas estratégias durante a coleta de dados objetivando reduzir o risco de viés.

Visando minimizar um possível viés de resposta relacionado à presença da pesquisadora, que poderia ter uma representação prévia diante dos membros da instituição, foi considerada, inicialmente, a possibilidade de realização das entrevistas por outra pessoa com experiência em trabalho de campo e com esse tipo de coleta. Todavia, entendendo que no trabalho anterior da pesquisadora no hospital, a temática acerca dos facilitadores e barreiras à implementação não era discutida em profundidade com os participantes incluídos no estudo e que, portanto, a sua presença não teria uma significação diretamente relacionada às hipóteses da investigação, considerou-se que os benefícios relacionados aos *insights* no momento da entrevista para uma

condução mais adequada por alguém que conhecia aquele ambiente seriam superiores ao risco de viés.

Com o objetivo de não influenciar nas respostas, a pesquisadora levou para o campo, durante todos os dias de coleta, um manual, que dentre outras observações, indicava como os objetivos da pesquisa deveriam ser explicados a todos os participantes convidados. Os objetivos eram abordados de maneira geral, voltando-se para o entendimento de como se deu a implementação de diferentes iniciativas na instituição e o que influenciou nesse processo. A não focalização inicial na iniciativa de transplante, tanto ao explicar o objetivo como ao realizar as perguntas, visava permitir que outras iniciativas implementadas na instituição, como a de busca por acreditação, pudessem ser abordadas, buscando identificar a presença, ou não, da temática de mudança na agenda da instituição a partir do ponto de vista dos diferentes estratos, assim como possibilitando a observação dos facilitadores e das barreiras à implementação e as possíveis relações de concorrência ou complementaridade entre diferentes iniciativas.

Para minimizar o risco de induções nas respostas entre os diferentes participantes, principalmente entre aqueles decargos de maior poder sobre os demais, inicialmente a entrevista foi realizada com os profissionais prestadores de assistência e, depois, com os membros do macrossistema, nessa ordem. Os demais membros do grupo de implementadores, além da coordenação do microssistema – unidade de transplante – foram os últimos respondentes. Levando em conta a explicitação dessa ordem e a sistematização dos profissionais em grupos, os trechos de falas dos entrevistados não serão referidos segundo o grupo ao qual pertencem, ou profissão, mas serão utilizados pseudônimos para que não haja risco de identificação dos participantes.

Outra ordem levada em consideração foi a de coleta para os diferentes componentes deste trabalho, quantitativo e qualitativo. Como era esperado que o tempo despendido com a coleta de dados em prontuário fosse maior, devido ao maior número de participantes para esse componente, esse levantamento foi posterior às entrevistas, quando especulações sobre a presença da pesquisadora na instituição e o enfoque na iniciativa ao paciente renal crônico já não interfeririam nos resultados. As entrevistas do componente qualitativo foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2017 e as coletas em prontuário realizadas entre janeiro e março de 2018.

Os profissionais elegíveis foram convidados a participar do estudo pessoalmente pela pesquisadora. O convite foi realizado no ambiente de trabalho do participante e as entrevistas

foram realizadas em sala reservada dentro da instituição, o que, aliado ao esclarecimento de que os dados seriam analisados em conjunto e que somente as pesquisadoras, que não têm nenhum vínculo institucional, teriam acesso às informações, contribuiu para que os participantes se sentissem mais à vontade em se expressar sem possíveis amarras organizacionais.

Uma vez que explicações de fenômenos não se concentram somente em respostas, mas envolvem a interpretação dos acontecimentos durante o processo de pesquisa, percepções diversas foram registradas pela pesquisadora nas notas de campo, que incluíram observações desde o primeiro contato para agendamento, como prontidão e interesse em participar, até reações dos participantes frente às perguntas realizadas.

4.2.4 Análises

As categorias analíticas estabelecidas apoiaram-se nos objetivos do estudo e são identificadas como: (i) componentes da intervenção; (ii) mecanismos de mudança; e (iii) fatores contextuais envolvidos.

No processo de análise para identificação dos componentes da intervenção foi adotada a concepção de direcionadores primários, secundários e elementos de mudança da intervenção (BENNETT; PROVOST, 2015). Para a identificação e sistematização dos componentes considerados essenciais ao alcance dos objetivos da intervenção e dos mecanismos de mudança, foram essenciais as transcrições e análises das entrevistas com o grupo de implementadores, contudo as entrevistas com os demais participantes também foram consideradas nessas análises.

Compondo a teoria de mudança da intervenção, os fatores contextuais envolvidos também foram identificados a partir das entrevistas realizadas com os diferentes profissionais, do grupo de implementadores, macrossistema e microssistema.

As entrevistas transcritas foram analisadas qualitativamente com o apoio da elaboração de redes temáticas. Para a sistematização dos dados e organização dos conteúdos, uma codificação inicial com delimitação conceitual apoiada noreferencial teórico foi adotada. Essa adoção inicial objetivou estabelecer um ponto de partida para os fenômenos procurados e garantir uma codificação confiável realizada de forma sistemática e constante, mas tais codificações não permaneceram intactas. Durante toda a interpretação e análise novos códigos

puderam ser incluídos conforme o surgimento de novas ideias, caracterizando uma codificação aberta no processo de análise.

4.3 COMPONENTE QUANTITATIVO DO ESTUDO

Estudo do efeito da iniciativa

Foram observados, retrospectivamente, os transplantes renais realizados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2017. Para avaliar o efeito da iniciativa no que concerne ao acesso e efetividade do tratamento por transplante, as observações foram divididas de acordo com o período de implementação da iniciativa para a melhoria da qualidade, ocorrida no último trimestre de 2012. Desse modo, foram realizadas múltiplas observações e medições no período anterior à implementação: 2008 a 2012, e posterior à implementação: 2013 a 2017.

4.3.1 Critérios de elegibilidade, inclusão e exclusão

Foram elegíveis ao estudo os receptores de transplante renal com idade maior ou igual a 18 anos, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período entre 2008 e 2017, cinco anos antes e cinco anos após a implementação da iniciativa.

Os dados dos pacientes admitidos para transplante entre 2008 e 2012, período anterior à implementação da iniciativa, foram coletados nos prontuários dos pacientes no centro transplantador. Os dados dos pacientes admitidos entre 2013 e 2017, período posterior à implementação da iniciativa, foram coletados em base de dados informatizada alimentada prospectivamente pela instituição e utilizada rotineiramente para avaliação de desempenho dos principais indicadores do transplante renal.

Foram excluídos os casos de retransplante no período do estudo, ou seja, para os pacientes que realizaram mais de um transplante no período do estudo somente o primeiro foi considerado.

Por tratar-se de coleta retrospectiva de dados secundários, com possibilidade de alguns pacientes já serem falecidos ou serem imprecisas as informações para contato, foi requerida dispensa do TCLE ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4.3.2 Medições e Definições

A observação do efeito da iniciativa implementada teve como base a frequência de transplantes realizados, dados demográficos do receptor (idade, gênero e distância entre centro de diálise e centro transplantador), tipo de terapia renal substitutiva realizada pré-

transplante (hemodiálise, diálise peritoneal ou tratamento conservador), tempo em diálise, etiologia da doença renal crônica, tipo de doador (vivo ou falecido), admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) no pós-operatório imediato, tempo de internação em UTI, tempo de internação hospitalar, frequência e causas de perda do enxerto, frequência e causas de óbito e curvas de sobrevida do enxerto e do paciente.

Os pacientes foram acompanhados através das consultas ambulatoriais até o fim do período de observação, em 30 de junho de 2018. O óbito foi considerado como evento final e, no estudo da sobrevida dos pacientes, observações somente foram censuradas por perda de seguimento ou ao final do período de observação. As perdas de seguimento dos pacientes foram censuradas no seu último dia de registro de acompanhamento ambulatorial. Na análise de sobrevida do enxerto, as observações foram censuradas para óbito.

O formulário de preenchimento das variáveis encontra-se no Apêndice B. A idade do paciente foi observada no momento do transplante. Para os pacientes sem informação sobre o local de tratamento dialítico (município do centro de diálise) o município de residência foi considerado na análise da distância entre centro de diálise e centro transplantador. A TRS foi a modalidade em uso pelo paciente no momento do transplante. A perda do enxerto renal partiu da identificação do evento em prontuário, na unidade ou de acompanhamento.

4.3.3 Análises

Para a caracterização dos pacientes incluídos no estudo foram calculadas médias e desvios padrão para variáveis contínuas e frequências para variáveis categóricas.

As características dos receptores foram comparadas nos dois períodos, anterior e posterior à implementação da iniciativa de melhoria da qualidade. Variáveis contínuas tiveram sua distribuição testada pelo teste da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e foram comparadas por teste paramétrico ou não paramétrico, T ou *Mann-Whitney*. Variáveis categóricas foram comparadas pelo teste qui-quadrado ou *Fisher exato*. Os mesmos testes estatísticos foram usados para observar a evolução do pós-transplante nos dois períodos. As curvas de sobrevida do paciente e do enxerto foram construídas pelo método de *Kaplan-Meier* e comparadas pelo teste *Log Rank* para observar a efetividade do tratamento por transplante renal nos dois períodos. Para estes testes foi adotado um nível de significância de 0,05, sendo as análises realizadas em SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*®) versão 21.

Para o cálculo do número de transplantes por milhão de população (pmp) foi levado em consideração o número de habitantes da Zona da Mata de Minas Gerais, área de abrangência do centro transplantador, com 2.175.254 habitantes (BRASIL, 2011).

Para a observação do efeito de acesso ao transplante renal antes e após a implementação da iniciativa foram construídos gráficos de controle estatístico do processo a fim de possibilitar a visualização das tendências dos comportamentos e causas especiais de variação ao longo do tempo. Para as análises da variação do número de transplantes realizados, proporção de transplante por tipo de doador e tempo em diálise foram utilizados, respectivamente, os gráficos do tipo *c-chart* (baseado na distribuição de *Poisson*), *p-chart* (baseado em distribuição binomial) e *xmr-chart* (baseado na distribuição normal). Nos gráficos, linha central e limites foram definidos com base no conjunto de observações antes da intervenção, com adoção de ± 3 desvios padrões (DP). Na análise temporal realizada através dos gráficos de controle, os dados dos períodos pré e pós implementação da iniciativa foram observados a cada trimestre. A divisão trimestral objetivou permitir a observação de um grande número de pontos de dados ao longo do tempo, aumentando a confiabilidade do processo (CAREY, 2003). Para observação da violação das regras de causa comum de variação foram observadas: a) uma série de oito ou mais pontos de um mesmo lado da linha central; b) dois de três pontos consecutivos aparecendo além de dois desvios padrões no mesmo lado da linha central; c) uma série de oito ou mais pontos tendendo para cima ou para baixo (MOHAMMED; WORTHINGTON; WOODALL, 2008). As construções dos gráficos foram realizadas através do programa SAS (*Statistical Analysis System*®) versão 9.3.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida a partir dos pressupostos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e determina que todo e qualquer projeto de pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente, deve ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O presente estudo foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e do hospital onde se insere a unidade de transplante, tendo sido aprovado em ambos (CAAE 67313817.0.0000.5240 e CAAE 67313817.0.3001.5139).

Durante a fase de coleta de dados e atividades nos campos de estudo foram mantidos o anonimato dos entrevistados, não sendo perguntada nenhuma informação pessoal ou conduta que pudesse trazer algum tipo de risco de saúde para os profissionais ou pacientes que receberam cuidados nas referidas unidades de saúde. As transcrições, assim como os áudios, foram armazenadas em local seguro, identificadas com pseudônimos e com acesso restrito à equipe de pesquisa.

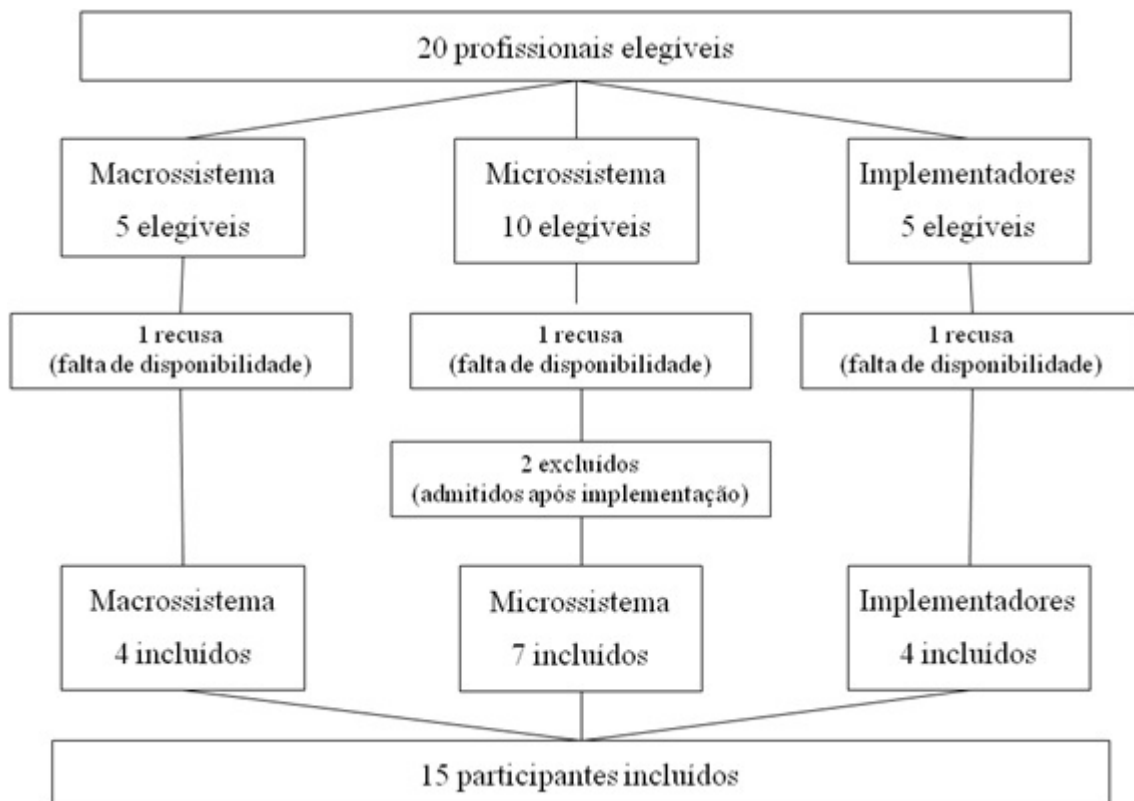
5 RESULTADOS

Atendendo aos objetivos propostos para este estudo, os resultados serão apresentados em duas seções: (i) intervenção e sua teoria de mudança, onde a iniciativa de melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico será descrita e seus componentes ativos, mecanismos de mudança e aspectos contextuais relacionados serão identificados; e (ii) efeitos da intervenção, onde serão apresentados os indicadores de acesso ao transplante renal e efetividade desse tratamento.

5.1 A INTERVENÇÃO E SUA TEORIA DE MUDANÇA

Dentre os vinte participantes elegíveis para o componente qualitativo do estudo, quinze foram incluídos. A exclusão de cinco participantes relacionou-se à contratação de dois funcionários do microssistema em período posterior à implementação da iniciativa e à falta de disponibilidade para agendamento por três profissionais, um de cada estrato. O número de indivíduos excluídos e incluídos em cada estrato pode ser observado na figura 2.

Figura 2. Número de participantes incluídos no componente qualitativo do estudo



Fonte: A autora.

Foram incluídos no estudo: o presidente da Diretoria do Conselho Administrativo da instituição onde se insere a unidade de transplante, diretores clínico e técnico, chefia de enfermagem, gerente do serviço de qualidade hospitalar, representante do serviço de análises de dados e estatística, consultor especializado em planejamento e gestão, médicos clínicos e cirurgião – incluindo a coordenação médica da unidade de transplante, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, assistente social e auxiliar administrativo atuantes na unidade.

Alguns desses cargos apresentam interseções entre as definições de macrossistema, grupo de implementadores e microssistema, o que é inerente à complexidade de qualquer organização. Para a inclusão dos participantes nos diferentes estratos levou-se em conta a atuação do indivíduo perante a intervenção. A coordenação médica, por exemplo, atua no microssistema prestando assistência direta aos pacientes, todavia, sua atuação perante a intervenção desenvolve-se, principalmente, no grupo de implementadores. É importante também destacar que dentre os sete representantes do microssistema, três trabalham somente na unidade de transplante e quatro atuam também em outras unidades dentro do hospital, sendo possibilitado a esses e aos demais, do macrossistema e do grupo de implementadores, reflexões comparativas acerca da implementação da unidade inserida nesse ambiente institucional maior.

Os profissionais incluídos tinham uma mediana de tempo de trabalho na instituição de 7 anos, com tempo mínimo de 5 e máximo de 47 anos de trabalho nesse local; oito deles eram mulheres e sete eram do gênero masculino, com idade mediana de 48 anos. O tempo das entrevistas variou de 12 a 110 minutos, com duração mediana de 30 minutos.

5.1.1 Objetivos da intervenção

A partir das falas dos implementadores da iniciativa neste centro transplantador apreende-se que seu objetivo esteve voltado para o aumento do acesso e efetividade do tratamento com transplante renal. A sistematização dos direcionadores e elementos de mudança que descrevem a iniciativa partiu das entrevistas com os implementadores, contudo nas entrevistas com os demais participantes foi observado que os objetivos da intervenção pareciam estar incorporados também pela equipe, que os expressou em diferentes falas.

A gente achou que ia poder oferecer pra nossa população acesso ao transplante, acesso às pessoas transplantarem, o que a gente não conseguia oferecer na nossa região. Esse era o

resultado [...], deixar as pessoas transplantarem, dar essa opção pra elas, dar essa chance pra elas. (Rosa)

No sentido de atingimento desses objetivos da intervenção, três grandes direcionadores foram identificados a partir das entrevistas com os implementadores, contemplados como componentes da intervenção: gerenciamento da fila de espera para transplante, aumento da captação de órgãos e reestruturação do centro transplantador.

5.1.2 Componentes da intervenção

Gerenciamento da fila de espera

O gerenciamento da fila de espera emergiu como um dos grandes impulsionadores para a iniciativa. Na visão dos implementadores, um primeiro passo à maior chance de transplantar relacionava-se à inclusão dos pacientes renais crônicos em lista de espera. Contudo, essa inclusão requeria avaliação desses pacientes pelo centro transplantador, mas a fragilidade desse centro - ocioso no atendimento desses pacientes - e dos centros de diálise - pela falta de encaminhamento desses pacientes - foram pontos elementares que chamaram a atenção dos implementadores.

E o que que é oferecer acesso? Oferecer acesso é montar uma estrutura onde os pacientes consigam chegar no ambulatório e serem atendidos, e oferecer pra eles ali o transplante, que é o chamado pré transplante. (Rosa)

[...] um ambulatório pré transplante, com consistência, não tinha. Que foi o que na época, essa equipe sob o comando do [nome do coordenador da unidade] identificou [...], conseguiu enxergar esse ponto crítico e desenvolver um programa, junto com o desenvolvedor de programas, de tecnologia, de colocar todas as unidades de hemodiálise vinculadas junto com esse ambulatório pré transplante, onde eles conseguem as informações a tempo e a hora, cadastram o paciente a tempo e a hora e isso cresceu a fila assustadoramente. (Crisântemo)

[...] a organização do serviço, a padronização do pré transplante foi essencial pra conseguir listar, pra deixar todo mundo listado de forma padronizada. (Antúrio)

Segundo os implementadores, para possibilitar o gerenciamento da fila de espera, na busca pela superação das fragilidades de encaminhamento pelos centros de diálise e atendimento pelo centro transplantador, foram essenciais mudanças para: encaminhamento

precoce do paciente pelo centro de diálise ao centro transplantador e manutenção do paciente inscrito em lista, componentes da intervenção sistematizados como seus direcionadores secundários.

Viabilizando essa estrutura para encaminhamento precoce - para avaliação e inscrição do paciente - e manutenção do paciente inscrito em lista, diferentes elementos de mudança foram sistematizados a partir das entrevistas, tais como: a adoção e implementação de prontuário eletrônico comum e compartilhado pelo centro transplantador e centros de diálise, visitas aos centros de diálise pelo coordenador do centro transplantador, realização de consultas periódicas de rotina do paciente no centro transplantador, com manutenção de exames clínicos e laboratoriais atualizados e aquisição de laboratório de microbiologia e imunologia.

Para os implementadores, o prontuário eletrônico, desenvolvido pelo centro transplantador, aumentaria a chance de transplante entre os pacientes em diálise por não excluir a possibilidade de avaliação para transplante de nenhum deles, permitindo, ainda, a identificação contínua do *status* de cada paciente. Através do sistema, passaram a ser identificados, pacientes que estavam em diálise e em necessidade de avaliação sobre a possibilidade de transplante; pacientes avaliados e inscritos aguardando em lista de espera; pacientes contraindicados; e os já transplantados, com monitoramento incessante do quantitativo de pacientes em cada condição.

[...] e aí a gente utilizou a tecnologia, né, com uma plataforma que a gente utiliza até hoje pra aproximar o centro transplantador do centro de diálise. Mas isso foi o grande diferencial nosso, que deu essa assistência e essa possibilidade dele chegar ao transplante. Na hora que você abre uma porta direto do centro de diálise pro centro transplantador... E hoje a gente é referência internacional pra isso. (Rosa)

Considera-se, ainda, a partir dos relatos, que as visitas de representantes do centro transplantador aos centros de diálise, além de propiciar a divulgação do prontuário e sua implementação, também contribuíram para o estabelecimento de vínculo entre os diferentes serviços e o maior reconhecimento sobre a possibilidade real de transplante entre os pacientes em terapia substitutiva.

Além de favorecer o encaminhamento do paciente, esse prontuário também foi apontado como colaborador à manutenção do paciente em lista. Segundo os entrevistados, no prontuário fica visível a informação sobre a atualização das amostras de material necessária para exame no caso da oferta de um órgão, o que pode contribuir impedindo a remoção

automática pelo SNT de pacientes que não estiverem com seus exames laboratoriais em dia, possibilitando de fato o acompanhamento continuado dos pacientes pelo centro transplantador.

Outro elemento de mudança considerado determinante à intervenção refere-se à aquisição do laboratório de microbiologia e imunologia pelo centro transplantador, destacado pelos implementadores como facilitador da realização mais oportuna de análises e fornecimento de resultados em tempo, diante da oferta de um órgão.

E um grande complicador que a gente tinha na época, é... Porque tinha aqui o laboratório de imunologia, e o laboratório, ele não era um laboratório próprio, era um laboratório terceirizado. E esse laboratório tava indo embora. E sem o laboratório? Já era. Essa foi uma grande batalha a ser vencida. E a instituição investiu, comprou esse laboratório, vamo dizer assim, a patente desse laboratório [riso], comprou. Porque o laboratório, ele era credenciado em nome do [nome do hospital], mas ele era terceirizado. Entendeu? Então tinha toda a estrutura montada, mas não era nosso. Era um laboratório de Belo Horizonte. E eles tavam indo embora. (Crisântemo)

Aumento da captação de órgãos

Foi possível apreender, a partir das falas dos entrevistados, a percepção de que as mudanças para gerenciamento da fila, não contribuiriam isoladamente para a ampliação do acesso ao transplante, sendo também destacadas as ações voltadas ao incremento da capacidade de captação de órgãos. O incremento dessa capacidade, apesar de ter sido apontado de forma muito menos frequente e enfática pelos implementadores, foi sistematizado como outro grande impulsionador da iniciativa.

[...] é que a gente faz transplante baseado no número de doadores, né, mas isso é uma roda que faz girar né. Eu falo isso assim, quando você começa a fazer a coisa acontecer um vai puxando o outro, é uma engrenagem que faz tudo rodar assim. Então eu acho que a gente tá rodando. (Rosa)

O aumento da captação, segundo os participantes, estaria relacionado a mudanças para a reestruturação da CIHDOTT presente no hospital onde se insere o centro transplantador. A postura mais atuante desse serviço dentro da instituição também parece ter sido crucial aos objetivos pretendidos, tendo sido alcançada a partir de mudanças para maior firmeza nas suas

condutas, as quais estiveram amparadas pela padronização de processos assistenciais e implementação de protocolos pelo profissional à frente dessa comissão.

Eu acho que a gente tem como facilitador uma CIHDOTT mais atuante. A gente tinha uma CIHDOTT, mas a gente teve uma mudança do perfil do enfermeiro de lá, a enfermeira foi pra fora, foi fazer uma pós, foi fazer uma especialização mais em relação ao transplante. (Azaleia)

Determinando a reestruturação da CIHDOTT, foi identificado a partir das entrevistas, que a padronização de processos constitui um elemento de mudança. Mas além de constituir um elemento em si, esse objeto pode estar relacionado e, ao mesmo tempo, beneficiar outras ações, como a agilidade na comprovação de morte encefálica, cuidados intensivos adequados à manutenção do potencial doador, abordagem adequada da família do potencial doador e notificação oportuna de morte encefálica à CNCDO regional.

Reestruturação do centro transplantador

A reestruturação do centro transplantador foi o terceiro grande impulsionador identificado como componente da iniciativa a partir do que foi destacado pelos entrevistados. Os implementadores abordaram algumas mudanças específicas no centro transplantador também como forma de possibilitar maior acesso ao transplante, mas ao mesmo tempo demonstraram que essas mudanças vislumbravam não somente esse objetivo, mas tinham a perspectiva de proporcionar maior efetividade desse tratamento. Segundo eles, diversas mudanças poderiam operar como requisitos necessários ao bom funcionamento do centro transplantador, que se dispunha a atender mais pacientes, mas deveria estar preparado para receber esse paciente e prestar um cuidado individualizado e de qualidade.

[...] eu sempre pensei que ela [a instituição] poderia fazer muito melhor do que ela fazia, que ela tinha capacidade pra isso. [...] do ponto de vista da instituição, o que eu pensava, que ela poderia fazer muito melhor do que ela fazia, do ponto de vista pessoal meu eu achava que poderia oferecer muito nessa estrutura. [...] hoje a gente é um centro respeitado nacionalmente, não só em números absolutos, mas em qualidade de assistência. [...] se você for em qualquer lugar do Brasil hoje, que trabalha com transplante, todo mundo de rim já sabe o que que a gente faz aqui. (Rosa)

[...] vale a pena a gente acreditar que pode fazer sempre mais e melhor. (Crisântemo)

Eu acho que tem que ter uma boa sobrevida, não é simplesmente operar por operar. Não adianta fazer mais transplantes se eles [pacientes] não vão ter uma boa sobrevida posterior. (Lírio)

Com atenção à preocupação com a prestação de um cuidado efetivo, o monitoramento da iniciativa para melhoria contínua dos processos operacionais foi uma das estratégias identificadas a partir das entrevistas. Além dessa estratégia, emergiu como outro direcionador, o trabalho interdisciplinar nos momentos pré, peri e pós transplante, sendo o acompanhamento continuado do paciente transplantado algo previsto e programado por ações específicas. A condução do processo de transplante com rapidez e precisão após a disponibilização do órgão também foi algo identificado como parte da reestruturação do centro a partir das falas, porém mais voltado à expectativa de ampliação do acesso.

Viabilizando a rapidez da condução, foram constatadas ações para a disponibilidade de equipe e salas cirúrgicas, além das ações já mencionadas de aquisição do laboratório de microbiologia e imunologia e manutenção dos exames clínicos e laboratoriais atualizados.

O prontuário eletrônico compartilhado, elemento já descrito como relacionado ao gerenciamento da fila de espera, também foi apontado como determinante à viabilização da continuidade do cuidado após o transplante por facilitar o agendamento à distância das consultas periódicas. Aliado a esse rigor no intervalo de tempo entre as consultas no ambulatório do centro transplantador, também favoreceu o acompanhamento continuado dos pacientes transplantados, segundo os implementadores, a disponibilização de ferramenta que possibilitasse o monitoramento das suas condições clínicas. Instalado em celulares, um aplicativo passou a permitir a inserção diária de dados clínicos pelos pacientes, enviando alertas à equipe transplantadora.

Como elementos para favorecer o trabalho em equipe interdisciplinar emergiram: a contratação e treinamento de funcionários exclusivos para a atuação na unidade de transplante, as reuniões periódicas para discussão dos casos e a estruturação de espaço físico específico para a unidade. Além dos cirurgiões e médicos nefrologistas, que acompanham o paciente nos momentos pré e pós transplante, também passaram a compor a equipe, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, farmácia e serviço social. Na enfermagem passaram a haver profissionais exclusivos para o acompanhamento do paciente nos momentos pré, pós transplante e nainternação para o procedimento, ou no caso de complicações. Os

outros profissionais que passaram a compor a equipe, apesar de já estarem presentes na instituição onde se insere a unidade de transplante, passaram a ter uma parte do seu trabalho reservada a esses pacientes apenas após a iniciativa, segundo seus próprios relatos.

Porque antigamente [...] o paciente era visto por cada profissional separadamente, não tinha um local que se podia discutir o paciente como um todo. [...] antigamente, o que que acontece, o paciente entrava, vinha pra fazer o transplante, o médico sabia que o paciente tava aqui, se o médico achasse que ele precisasse de algum cuidado com algum profissional, ele pedia o parecer, o profissional respondia o parecer, e o médico no final continuava conduzindo sozinho. Porque os profissionais só davam parecer, mas a decisão final tava de fato na mão do médico. Hoje não, hoje é diferente. O paciente entra, ele é atendido por todas as profissões, as profissões discutem numa reunião multidisciplinar e ali na reunião é traçada a melhor estratégia de tratamento daquele paciente. Então ele não é cuidado só pelo médico. Então toda conduta que for traçada o médico não tá decidindo sozinho, a equipe está decidindo. (Margarida)

Não existia unidade, ela era repartida entre os leitos habituais da instituição, não tinha profissionais treinados pra atender a essa população específica de transplantados. (Rosa)

Antes a gente não tinha uma unidade fechada, então o paciente era espalhado, então a gente não tinha auxiliares, auxiliares e técnicos de enfermagem que mexiam diretamente com isso. O enfermeiro não mexia direto com isso. Então você internava paciente no quarto andar, no quinto andar, e tinha que explicar da importância de usar os remédios na hora certa, então coisas básicas do básico. (Antúrio)

Para possibilitar o monitoramento da iniciativa os entrevistados relataram ter havido a contratação de profissionais para registro, coleta, processamento e divulgação periódica dos resultados, o que envolvia discussões com a equipe para a redefinição de condutas organizativas e assistenciais.

Da pra melhorar? Dá. E vai melhorar, eu não tenho dúvida nenhuma disso. Com qualidade, com insistência, com a gente aprendendo com a gente mesmo. [...] atualizar nossos dados trimestralmente e ver onde que dói na gente é a melhor forma de se melhorar, isso pra mim é qualidade. Onde que é a sua dor? Não adianta a literatura querer colocar aqui se a sua dor é outra. Onde que dói em você? Ah, dói aqui. Então vamo mudar isso aqui porque isso aqui não tá legal. Você se reavaliar o tempo inteiro isso é fundamental, eu acho que aquilo dali que o CEEP pode dar de substrato pra gente analisar os dados [...] fazendo rodar lá aqueles bancos, aqueles bancos que a gente já vai prospectivamente inserindo os dados, então isso é muito, aquilo faz muita diferença na gente. Muita diferença. (Rosa)

A sistematização dos componentes da intervenção em direcionadores primários, direcionadores secundários e elementos de mudança pode ser visualizada na Figura 3. Nessa figura, também foram incluídos os mecanismos de mudança da intervenção, os quais serão descritos a seguir.

5.1.3 Mecanismos de mudança

Intrínsecos aos componentes da intervenção identificados e importantes para a construção da teoria da mudança, emergiram das falas dos entrevistados os três mecanismos de mudança: articulação entre os diferentes serviços, racionalidade para a condução de melhores práticas e adoção do melhor resultado para o paciente como um valor.

Articulação entre os diferentes serviços

Esse mecanismo emergiu da identificação de hipóteses implicitamente estabelecidas pelos entrevistados de que contribuiriam para que os objetivos da intervenção fossem alcançados: a utilização de prontuário compartilhado entre centros de diálise e centro transplantador, por aproximar os diferentes serviços e alinhar as condutas das diferentes equipes; o agendamento oportuno de consultas periódicas no centro transplantador, por favorecer o encaminhamento precoce do paciente; a aquisição do laboratório de microbiologia e imunologia, por otimizar a realização de exames necessários à inclusão e manutenção do paciente em lista; e as visitas do centro transplantador aos centros de diálise, por contribuir para a ampliação do acesso à informação pelos pacientes sobre a possibilidade de transplante.

Foram recorrentes nas entrevistas as inquietações com a forma como os serviços e as equipes assistenciais eram anteriormente organizados. O desalinhamento entre as equipes foi apontado como algo a ser superado com a intervenção, tanto dentro da unidade de transplante, como dentro do ambulatório, e na relação desses com os centros de diálise. A fragmentação entre os diferentes serviços e a busca por superação desse modelo foi destacada por diferentes entrevistados.

Era um modelo todo fatiado, não é, não era do que eu te falei, de pensar num paciente, de pensar nele duma ponta a outra, era cada um falando no que você faz. A minha função é essa, a minha é essa, é essa. E não do paciente como um todo [...]. Você tá me entendendo? Pensa em você assim, qual que é sua função, ah, a minha função é cuidar do paciente, então, a minha

função é só cuidar do paciente, aí o outro, ah, a minha função é só operar, então eu só opero o paciente, o outro fala assim, ah, a minha função é dar anestesia, então eu só anestesio o paciente, ah, a minha função é dar o remédio, então eu só dou o remédio pro paciente. [...] Cada um tinha isso aqui, precisava alguém que falasse assim [onomatopeia]. Pensa no paciente, mas só no paciente, e duma ponta à outra, mas é lá da hora que ele fica doente com o problema do rim dele, à hora que ele vai pra diálise, ele transplanta, ele se cuida, pô, é, é o todo. (Rosa)

[...] porque eles tinham acesso à diálise, mas não tinham acesso ao transplante [...], mas a gente lida com o mesmo paciente, quem ta na diálise e quem ta no centro transplantador, é o mesmo paciente, só que eram centros que ficavam completamente distantes e não, não se conversavam [...]. (Rosa)

De forma implícita, existia a hipótese de superação de obstáculos relacionados a questões geográficas, funcionais e socioculturais, que permitiram a identificação da articulação entre os diferentes serviços como um mecanismo. No quadro 2 são apresentadas as hipóteses de mudança contidas em cada elemento identificado como componente da intervenção.

Quadro 2. Hipóteses de mudança contidas em cada elemento identificado como componente da intervenção para o mecanismo de articulação

Mecanismo de mudança: Articulação entre os diferentes serviços	
<i>Elementos de mudança</i>	<i>Hipóteses de mudança implicitamente estabelecidas</i>
Adoção de prontuário eletrônico compartilhado pelo centro de diálise e centro transplantador	Aproximação entre os diferentes serviços e alinhamento das condutas das equipes, facilitando a superação de questões geográficas e funcionais
Agendamento oportuno de consultas periódicas ao paciente no centro transplantador durante o pré transplante	Encaminhamento mais precoce do paciente, facilitando a superação de questões geográficas e funcionais
Aquisição de laboratório de microbiologia e imunologia	Otimização da realização de exames necessários à inclusão e manutenção do paciente em lista, facilitando a superação de questões funcionais
Visitas do coordenador do centro de transplante aos centros de diálise	Contribuição para ampliação do acesso à informação dos pacientes quanto à possibilidade de avaliação para transplante, facilitando a superação de questões socioculturais

Fonte: A autora.

Racionalidade para a condução de melhores práticas

Esse mecanismo de mudança emergiu do destaque dado pelos entrevistados à busca por diferentes ações que possibilitariam condutas mais amparadas. Dentre essas diferentes ações destacadas pelos participantes estão, o monitoramento dos resultados clínicos e operacionais com vistas à redefinição contínua de atitudes e normas, e a padronização de processos assistenciais e implementação de protocolos, com vistas a proporcionar melhor orientação sobre diferentes aspectos relacionados ao transplante.

Na identificação e captação de potenciais doadores, por exemplo, a agilidade na comprovação de morte encefálica de um potencial doador, seus cuidados intensivos adequados, a melhor forma de abordar a família e as condutas para notificação oportuna de morte encefálica à CNCDO estadual passaram a ser ações amparadas por normatizações de condutas através de protocolos padronizados, segundo os implementadores. A utilização de protocolos para esses procedimentos parece ter sido amparada pela hipótese implícita aos participantes de que essas ferramentas podem proporcionar maior uniformidade à atuação profissional.

[...] vamo dizer assim, é que são traçadas estratégias pra tratar todos os pacientes da mesma forma, ter uma conduta, uma linha mesmo, uma sequência, pra que não seja perdido nenhum fato [...]. (Margarida)

Fora que você também consegue, aí tem as coisas mais básicas, mais interessantes assim, que é você padronizar conduta, todo mundo tem a mesma conduta, todo mundo pensa da mesma forma. [...] um dia eu vou fazer daquele jeito e Fulano vai fazer do outro jeito e, pra um serviço funcionar, todo mundo tem que pensar e agir da mesma forma, mesmo que eu não pense daquele jeito, eu fui voto vencido naquela situação. Então ta todo mundo seguindo o mesmo fluxo. Eu acho isso importante até pra você conseguir padronizar e ver as coisas que tão acontecendo e ver depois até tirar números, tirar, aprender com aquilo que ta acontecendo, com aquilo que aconteceu né. (Antúrio)

Para os entrevistados, a atuação dos profissionais em transformar potenciais doadores em doadores efetivos pode ser mais positiva quando as famílias desses doadores confiam na credibilidade de uma equipe segura, empoderada pelo próprio reconhecimento da seriedade e importância do próprio trabalho. Tal seriedade e importância do trabalho parece ter sido facilitada pela observação dos resultados relacionados ao transplante, quando houve maior percepção do impacto dessa tarefa pela própria equipe.

Eu acho que antes não era assim, porque hoje as pessoas têm mais conhecimento dessa importância, todos os profissionais. Porque antes parecia, ficava parecendo aquela coisa mais mecânica, né, conscientização sobre a doação. Hoje não. Hoje todo mundo [profissionais envolvidos] entende porque que tem que doar. Na hora que eu vou, que cada profissional vai abordar uma família, ele mesmo já tem uma concepção modificada. Porque ele vê os resultados, então ele já se conscientizou da importância de fazer uma abordagem qualificada naquela família, com aquelas pessoas. [...] Porque antes eu acho que até os profissionais daqui não tinham tanta capacidade de entender a importância daquele ato. (Margarida)

Ao mesmo tempo, a racionalidade também foi observada na busca pela melhoria contínua pautada na identificação das fragilidades do próprio serviço, com levantamento de prioridades a partir da avaliação da qualidade da assistência prestada. O monitoramento dos próprios resultados foi uma estratégia levantada como um diferencial, pelos envolvidos, diante da possibilidade de mudanças de rotinas baseadas nas próprias observações e discussões, com reconhecimento dos benefícios proporcionados pela mudança e visualização do seu impacto no cuidado pelo profissional envolvido.

Todo ano a gente solta um protocolo novo, né [...] E a gente só faz mudanças anuais, a não ser que seja uma emergência. A gente teve uma emergência esse ano, porque faltou remédio, nós tivemos que mudar. Mas assim, todo ano a gente muda nossos protocolos baseados nos resultados do ano anterior. Não é que ninguém contou pra gente:oh, mudou aqui. Dá pra fazer isso? Dá. E isso é sensacional. (Rosa)

Porque a gente erra né, a gente erra muito né. Mas é o que eu to te falando, a gente errava com capacidade de avaliar o nosso erro e depois corrigir. Desde o modelo de assistência de quem nós vamos transplantar ou não, o perfil de quem vai transplantar ou não, desde o intraoperatório, o modelo de operar, o modelo de fazer o pós-operatório imediato e o modelo de fazer o pós-operatório. Isso tudo, a gente foi reparando isso, mas sempre na essência. (Rosa)

As hipóteses implícitas identificadas a partir das entrevistas foram de que essas ações, baseadas na compreensão e planejamento, conduziram à superação de questões funcionais que prejudicavam a oferta de órgãos e impediam a condução adequada de processos assistenciais. Essas hipóteses estão sistematizadas no quadro 3 e sustentam-se no acionamento do mecanismo de racionalidade, como meio de produzirmelhores práticas de cuidado.

Quadro 3. Hipóteses de mudança contidas em cada elemento identificado como componente da intervenção para o mecanismo de racionalidade

Mecanismo de mudança: Racionalidade para a condução de melhores práticas	
Elementos de mudança	Hipóteses de mudança implicitamente estabelecidas
Padronização de processos assistenciais e implementação de protocolos	Proporcionam maior segurança à atuação profissional e favorecem a superação de questões funcionais que prejudicam a oferta de órgãos
Discussão periódica dos resultados e redefinições de condutas	Proporciona maior interesse pelos profissionais e direcionamento adequado das condutas assistenciais favorecendo a superação de questões funcionais

Fonte: A autora.

Adoção do melhor resultado para o paciente como um valor

Esse mecanismo de mudança emergiu das falas dos implementadores, que constantemente focalizavam todas as suas condutas e mudanças pretendidas em favor do paciente, sendo a oferta do melhor resultado clínico possível uma meta que esteve implícita em diferentes momentos.

O que eu acho que é importante é isso aqui [pacientes bem] [...]. Quando a gente desenhou os projetos de ponta a ponta [...] a gente desenhou pensando única e exclusivamente no paciente.
(Rosa)

Alguns elementos de mudança foram amparados pelo entendimento, por parte dos implementadores, de que o beneficiamento com a intervenção deveria ser do paciente, e não dos próprios prestadores de serviços. Para isso, a disposição em ouvir o paciente e suas queixas pode ter sido determinante na intervenção. A implementação de diferentes ações, como a estruturação do prontuário eletrônico, por exemplo, partiu das angústias vivenciadas por um paciente e da disposição do médico em ouvi-lo e em se empenhar para a modificação de tal realidade, como lembrou mais de um entrevistado.

Isso é qualidade, é você tá lá na outra ponta e oferecer o que é melhor. Mas você só consegue saber o que é melhor se você tá lá na outra ponta. Se você tá como gestor, se você tá aqui sentado numa cadeira sem tá doente, você não sabe o que que é qualidade. Porque quem tá doente é o outro, a qualidade é pra ele, não é pra instituição, é pra quem você está servindo.
(Rosa)

[...] o próprio [nome do coordenador] junto com o paciente dele desenvolveu o [nome da plataforma que inclui o prontuário eletrônico], né [...] que é um avanço pra medicina assistencial. (Lisianto)

A dedicação e empenho em prestar a melhor assistência possível ao paciente foi algumas vezes expressa pelos implementadores e, ao mesmo tempo, também foi reconhecida pelos outros, que viam sentido na ação desses profissionais voltadas prioritariamente aos pacientes.

Eles são verdadeiros heróis. [...] Admirável. Essas pessoas. E quando você vê, né, [...] a humildade, o caráter das pessoas, a preocupação com o paciente. Nossa. Emocionante. Pessoas tão novas, tão éticas e tão decentes. (Lisianto)

A contratação de funcionários exclusivos para a unidade de transplante, por exemplo, assim como a realização de reuniões para discussão de casos, parecem ter se apoiado na hipótese de que colaboradores inteiramente dedicados estarão cada vez mais integrados com o serviço, preparados e envolvidos com a área de atuação para a prestação de uma assistência de qualidade aos pacientes.

As ações de padronização dos processos assistenciais e implementação de protocolos, assim como as reuniões periódicas para discussão de casos, parecem ter sido amparadas pelas hipóteses de que práticas baseadas em evidências proporcionam melhores resultados e de que uma equipe interdisciplinar integrada, com trocas de experiências e valorização da opinião de todos, se sentirá mais motivada na perseguição desses objetivos.

As ações para consultas médicas periódicas e disponibilização de aplicativo para acompanhamento dos pacientes parece ter se apoiado na hipótese implícita de que o acompanhamento continuado de pacientes transplantados favorece o bom prognóstico em longo prazo.

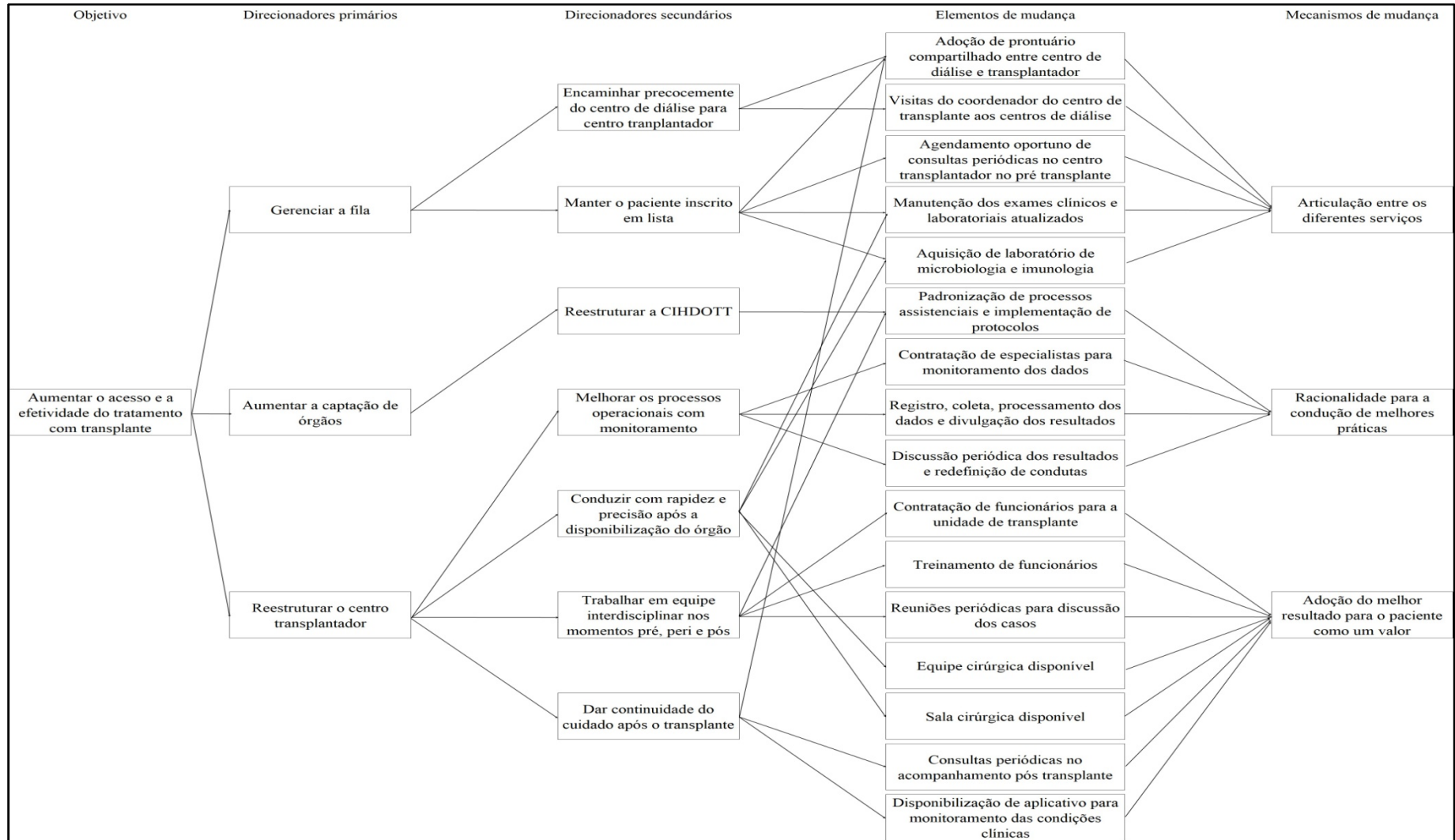
Desse modo, a adoção do melhor resultado para o paciente como um valor foi um mecanismo identificado a partir das hipóteses implícitas em diferentes ações, como sistematizado no quadro 4.

Quadro 4. Hipóteses de mudança contidas em cada elemento identificado como componente da intervenção para o mecanismo de adoção do melhor resultado para o paciente como um valor

Mecanismo de mudança: Melhor resultado para o paciente como um valor	
Elementos de mudança	Hipóteses de mudança implicitamente estabelecidas
Contratação de funcionários exclusivos para a unidade de transplante	Funcionários exclusivos estarão cada vez mais integrados com o serviço e preparados para a prestação de uma assistência de qualidade favorecendo a superação de questões funcionais que prejudicam a efetividade do tratamento
Padronização de processos assistenciais e implementação de protocolos	As práticas baseadas em evidências proporcionam melhores resultados clínicos
Reuniões periódicas para a discussão de casos	Uma equipe interdisciplinar integrada, com trocas de experiência e valorização de opiniões diversas, se sentirá mais motivada a buscar por melhores resultados
Consultas periódicas e acompanhamento continuado aos pacientes transplantados e disponibilização de ferramenta para monitoramento das condições clínicas dos pacientes	O acompanhamento continuado dos pacientes transplantados pela equipe do centro transplantador favorecerá um bom resultado clínico a longo prazo

Fonte: A autora.

Figura 3. Diagrama direcionador da iniciativa de melhoria



Fonte: A autora.

5.1.4 Aspectos contextuais facilitadores e de barreira à implementação da iniciativa

As entrevistas realizadas possibilitaram também que fatores contextuais associados à implementação da iniciativa fossem revelados. Muitas vezes esses fatores contextuais não se apresentaram de forma clara, o que significa que são fruto de uma análise interpretativa.

A análise das entrevistas permitiu identificar cinco aspectos contextuais que interferiram na implementação: movimento institucional pela mudança, sentimento de pertencimento à organização proporcionado pelo senso de comunidade dentro da unidade, desamparo profissional aliado a pressões por inspeção e medo no cenário institucional, capacidade de alinhar interesses em prol do paciente e falta de integração movida pelo conservadorismo institucional.

Movimento institucional pela mudança

Uma abordagem recorrente nas falas dos entrevistados dos diferentes estratos - implementadores, macrossistema e microssistema - relacionou-se à presença de um líder na organização com características diferenciadas e atuação a partir de um momento específico. A compreensão sobre como surgiu essa liderança, identificada pelos participantes como idealista, partiu das entrevistas, que permitiram mais clareza sobre a forma como se organiza a gestão do hospital onde a iniciativa estudada foi implementada.

Além de contar com diferentes representantes de uma Gestão Executiva, a instituição de caráter não lucrativo e filantrópico, conta também com uma Irmandade, hoje representada pela denominada Diretoria do Conselho de Administração, formada por presidente, vice-presidente e secretário. Contudo, segundo descreveu um dos participantes, a Irmandade nem sempre teve o caráter executivo expresso por essa Diretoria. Conforme o relato, a criação da Diretoria do Conselho de Administração ocorreu em 2008, quando o centenário Estatuto da Irmandade foi reformulado e aprovado e, em 2010, foi eleita a nova gestão presidencial.

Para diferentes participantes, a nova gestão iniciada nesse período se diferenciava das anteriores por ter perfil mais formulador e atuante que simplesmente apoiador, sendo também destacado seu caráter visionário e seu comprometimento com mudanças em toda a organização.

E isso é interessante porque funcionalmente, quando você elege uma direção executiva, você tá dando a ela mais poderes institucionais executivos, que é o caso da presidência que começou

com [nome do presidente] em 2010. Antes o provedor era o [nome] e não havia um presidente de uma Direção. [...] E, não sei se vai ser questionado posteriormente, mas nesses anos eu diria que o [nome do presidente] é uma liderança bem carismática e tem uma característica assim de ser visionário, né, empreendedor, digamos assim. Então o empenho dele sempre foi no sentido da modernização. (Lisianto)

E, hoje, a administração [Conselho Administrativo] do [nome do hospital] pensa muito nisso, ela tá sempre querendo estar na vanguarda. Então, cada dia quer uma coisa nova, ouve uma palestra, uma coisa qualquer numa outra instituição, num outro local, vai elementos daqui pra ver o que que eles estão fazendo lá e o que dentro do que é feito lá é possível de ser feito aqui dentro do hospital. (Girassol)

Eu acho que o presidente ele tem coisas muito boas, como todos nós, mas ele tem esse olhar de procurar o novo, o que que tá acontecendo lá fora, como é que tá sendo tratado, o que que tão fazendo e provocar aqui dentro pra gente fazer. [...] e ele tem a visão. Se o cara não tem essa visão, ele vai fazer o arroz com feijão do dia a dia e vai ficar no arroz com feijão, porque dá pra levar nisso. Dá pra levar com brilhantismo? Não. Você faz o arroz com feijão. (Crisântemo)

A perseguição por selos de acreditação, por exemplo, foi iniciada com a nova gestão, uma busca que trouxe consigo uma série de mudanças no cenário institucional.

[...] porque o [nome do presidente], na verdade, foi o presidente que teve essa iniciativa de querer, né, entrar nesse mercado das certificações mesmo. [...] porque não é obrigatório, é um processo voluntário, mas [...] isso já era uma demanda crescente assim [...]. Então o [nome do presidente], né, como ele é também, esse lado visionário dele, ele é arrojado, vamo dizer assim, ele tem aquela coragem de entrar em áreas diferentes. Aí a gente então engrenou nesse processo, né, nos preparamos, implantamos o sistema de gestão, aí conseguimos, né, as certificações iniciais da ONA e ISO e, com isso, sempre com o apoio dele, né, que isso é com certeza uma iniciativa que partiu da presidência, dessa presidência atual. (Gérbera)

Outra modificação importante realizada foi a segregação de funções entre Direção Clínica e Direção Técnica médica, que até então existiam, mas não tinham seus papéis claramente definidos, os quais foram oficialmente documentados na publicação do novo regimento interno, conforme foi apontado em entrevista. Essa separação, na prática, parece ter levado mais responsabilidades ao corpo clínico, mas ao mesmo tempo, abriu portas para que seus interesses fossem mais expressos e divulgados.

O perfil atuante da nova Diretoria parece ter contribuído com um clima propício a transformações na organização, o que era influenciado pela nova liderança motivacional em detrimento de uma ultrapassada autoridade formal, conforme os apontamentos. Participantes diversos salientaram a receptividade da nova gestão, que passou a possibilitar maior abertura para trocas de conhecimentos.

E, administrativamente, ele [Diretoria do Conselho Administrativo] tem buscado a descentralização, que é o que atualmente se chama de empoderamento. [...] Na área assistencial, o modelo que ta se buscando agora é de dar mais empoderamento [...]. Então essa é uma tendência que tem se observado e que o [nome do presidente] também ta buscando fazer aqui. (Lisianto)

Ele [presidência da Diretoria do Conselho Administrativo] enxerga que isso é importante, você consegue levar pra ele a importância. E ele consegue visualizar essa importância e empoderar a gente pra fazer. Ele deixa fazer. Quando precisa ele puxa a rêdea, mas ele deixa fazer, ele empodera as pessoas. E eu acho que isso fez a grande diferença aqui dentro. (Crisântemo)

Diante do ambiente organizacional mais flexível, profissionais que não ocupam cargos de gestão, mas fazem parte da prestação direta do cuidado, passaram a ter mais espaço para expressar seus anseios tendo em vista uma assistência de mais qualidade. Na visão de alguns entrevistados, o empenho nesse sentido partiu de profissionais assistenciais com qualidades específicas como, engajamento, inquietude por melhoria e busca contínua por novos aprendizados.

Então eu acho que isso é realmente resultado desse grupo brilhante que trouxe uma proposta consistente e a instituição comprou [...] se você não permite, nada acontece. Né? Não pode ser: ah, to com vontade de fazer isso... [...] Me traz com consistência, vamo discutir, vamo construir. Quem mais vai participar? Da onde isso vai vim? A instituição aguenta? Mas peraí, vai precisar de recurso? Quanto de recurso? Os recursos vêm da onde? A gente consegue? O que que pode fazer? Quem são os atores que você vai envolver? (Crisântemo)

Eu acho que foi mais iniciativa dos próprios médicos transplantadores [...] eles é que foram até a administração e procurou apoio, porque tava tudo muito parado né, não se inscreviam direito... Enfim, criaram o serviço realmente e deu certo [...] eu acho que foi debaixo pra cima. Acho que foi os médicos que chegaram e falaram: nós fazemos isso, nós fazemos aquilo, temos condição de fazer [...] lançou-se a ideia, a administração [Conselho Administrativo] acreditou e depois tomou gosto pela coisa. Então ta sempre aceitando ideias. Então é o que eu te falei,

ninguém faz nada sozinho, não adiantava esse grupo tá ali querendo fazer se a administração não desse o apoio. E também não adiantava a administração querer fazer se não tinha o grupo de médico pra abraçar essa causa. (Girassol)

Conforme os relatos, as mudanças na unidade de transplante, assim como nas outras diferentes unidades do hospital que seguiam as mesmas premissas do modelo de UPI, partiram de um movimento que tinha por impulso a busca por inovações pautadas na experiência com problemas da prática cotidiana de médicos assistenciais aliada ao conhecimento sustentado por evidências consistentes trazidas por esses profissionais.

[...] essa experiência tem sido muito gratificante porque nós tivemos oportunidade, né, através do apoio da diretoria. [...] Sem dúvida que o presidente, [nome], abarcou apoio incondicional aos conceitos da UPI [...]. Médicos novos tão trazendo ideias novas, a gente observa que hoje em dia há um nível maior de qualificação profissional. Então há um peso aí grande de médicos com mestrado, doutorado, né, que aprimora essa bagagem e traz novos conhecimentos, novas práticas e tudo mais. Há uma intensificação, uma integração maior com congressos e universidades através desses profissionais, o que também traz benefícios pra instituição. (Lisianto)

O grupo foi se agregando numa coisa meio assim, espontaneamente. Entendeu? E aí o [consultor de gestão da Diretoria do Conselho Administrativo], na época, até capitaneou isso um pouco: vamos ler todo mundo, vamos ler Michael Porter [autor], vamos todo mundo ler não sei o quê, e Oceano Azul [livro], e não sei mais o quê, é isso, é aquilo, vamos fazer assim, vamos fazer assado e tal, e começou a construir essa ideia e aí brotou. Né? E aí foram algumas mentes brilhantes que, de repente, opa, é uma oportunidade da gente fazer diferente. (Crisântemo)

Desse modo, os relatos permitem apreender que o caráter visionário da nova liderança somado ao clima organizacional de abertura por ela proporcionado parecem ter influenciado o movimento por diferentes iniciativas de mudança na organização, quando profissionais engajados e atualizados passaram a ter suas propostas de mudança ouvidas e maior viabilidade para colocá-las em prática a partir do envolvimento propiciado.

Sentimento de pertencimento proporcionado pelo senso de comunidade dentro da unidade

A liderança forte dentro da unidade, representada pela coordenação médica, também foi destaque, sendo esse um fator identificado que chamou a atenção. O destaque dessa

liderança parece ter estado relacionado à sua capacidade de inspirar os demais membros da equipe interdisciplinar. Os relatos dos participantes indicaram a existência, dentro da unidade, de forte valorização da atuação de cada profissional, onde há reconhecimento do trabalho de cada um em prol do benefício comum prestado ao paciente.

A premissa subjacente a essas afirmações parece ser de que a equipe passou a ser mais coesa a partir da evidenciação, pela liderança, da obra coletiva, proporcionando uma espécie de senso de comunidade alavancado pela sintonia, com a equipe atuando como uma grande engrenagem.

[...] vou fazer um parêntese. Antigamente, o que que acontece, o paciente entrava, vinha pra fazer o transplante, o médico sabia que o paciente tava aqui, se o médico achasse que ele precisasse de algum cuidado com algum profissional, ele pedia o parecer, o profissional respondia o parecer, e o médico no final continuava conduzindo sozinho. Porque os profissionais só davam parecer, mas a decisão final tava de fato na mão do médico. Hoje não, hoje é diferente. O paciente entra, ele é atendido por todas as profissões, as profissões discutem numa reunião multidisciplinar e ali na reunião é traçada a melhor estratégia de tratamento daquele paciente. Então ele não é cuidado só pelo médico. Então toda conduta que for traçada o médico não ta decidindo sozinho, a equipe ta decidindo [...]. E antigamente era totalmente diferente. O paciente entrava, ele podia ter uma questão social, se o médico não julgasse pertinente ele chamar a assistente social, o paciente ia entrar com aquela questão social, ele ia receber a alta com aquela questão social e ia ter que se virar lá fora sozinho. Ou seja, pode ser que até corresse o risco de perder o rim por uma questão social, porque isso não foi discutido enquanto ele ainda tava internado. (Margarida)

Então eu acho que isso trouxe uma unidade grande dentro da equipe. Então é todo mundo falando a mesma língua. A gente como médico também passou a dar mais importância pros profissionais [...] a gente passou a dar mais importância pros profissionais da ponta ali. (Antúrio)

Eu acho que, principalmente os técnicos, eles se sentiram muito valorizados no processo. Porque antes eles não eram, ah, o enfermeiro escutava, mas ninguém mais da equipe multidisciplinar escutava muito eles. (Azaleia)

A partir das entrevistas também foi possível identificar o efeito da liderança e do senso de comunidade como motivadores de mudança comportamental. Tornou-se perceptível que quanto mais reconhecido o trabalho da equipe, maior a vitalidade em atuar, o que parece ser

explicado por um sentimento de renovação da missão profissional entre os envolvidos, como estabelecido implicitamente em suas falas.

Foi notório que, a partir do compartilhamento dos resultados, os diferentes membros da equipe passaram a ter mais percepção do impacto do próprio trabalho desenvolvido e, por isso, passaram a empenhar mais esforços para produzir, de fato, diferença positiva na vida das pessoas. Desse modo, ao mesmo tempo em que o compartilhamento de resultados parece ter despertado ânimo para a retomada da missão profissional devido à percepção do bem promovido e satisfação com o desempenho do próprio trabalho, o compartilhamento de resultados também parece ter influenciado em mudanças de comportamentos como reflexos de novos aprendizados e percepções.

Você ver os resultados é muito gratificante, então quando a assistência tá mais fechadinha, você consegue visualizar resultado. Então isso é gratificante, isso te permite ter mais motivação pra trabalhar também. (Orquídea)

Eu acho que o que facilita é isso, é a vontade das pessoas que tão envolvidas no processo. Você precisa ver que interessante que é. A gente tem um grupo no *whatsapp* e hoje a gente foi homenageado lá na Assembleia e... Pô, todo mundo muito feliz de participar, de tá dentro do grupo [...]. (Rosa)

Referindo-se à presença da liderança transformacional na equipe, alguns entrevistados argumentaram que a presença e atuação desse ator podem ter sido influenciadas pelo modelo de remuneração adotado. Foi relatado que, diferente dos demais médicos que compõem o corpo clínico do hospital, os médicos que participaram do movimento e do grupo de implementadores criado, foram contratados pela instituição e passaram a ser remunerados pelos novos serviços prestados. Segundo o ponto de vista defendido por alguns, essa mudança no modelo de remuneração pode ter influenciado no papel da liderança, uma vez que interferiu no tempo de dedicação ao trabalho exercido e determinou certa formalização de horizontalidade na equipe pela presença mais constante de um coordenador dentro da própria unidade.

Eu acho que uma das coisas que foi importante para eles [unidade de transplante e demais unidades criadas na instituição pelo grupo] é o tipo de remuneração que eles começaram a receber desde o início. (Lírio)

[...] o que mais favorece a construção das UPI é que ali eu já tenho essa equipe multi, essa equipe inter. É diferente de uma unidade aberta que eu tenho ali vários médicos atendendo aleatoriamente, do corpo clínico, que não tem vínculo direto com a instituição. (Gérbera)

No entanto, a partir de declarações implícitas sobre os benefícios de uma comunidade que não seja inteiramente vertical, é possível considerar que a coordenação formal na unidade pode ter contribuído para que os interesses locais fossem mais facilmente perseguidos pela equipe, que reconhecia esses interesses e os reportava mais facilmente ao coordenador, mais próximo, dividindo as mesmas motivações.

[...] quando se trata de melhoria do meu setor [área de atuação profissional] pra unidade [de transplante] eu vou na coordenação [do meu setor] mesmo né, a gente leva pra nossa coordenação. Quando é em relação a algo específico de lá da unidade [de transplante] aí é no [nome do coordenador da UPI], que é o coordenador, né. (Orquídea)

Desse modo, os relatos permitem apreender que, amparados pela liderança na unidade, o trabalho em equipe e aprendizado social e organizacional foram fatores marcantes que contribuíram para que um senso de comunidade fosse estabelecido.

Desamparo profissional aliado a pressões por inspeção e medo no cenário institucional

Mesmo com o movimento pela mudança em nível organizacional sendo um fator contextual identificado, diferentes participantes apontaram para mudanças mais consistentes na unidade de transplante, comparadas às mudanças implementadas no restante do hospital. A avaliação advém dos diferentes estratos - microssistema, macrossistema e grupo de implementadores - sedimentada na experiência dos profissionais envolvidos em diferentes unidades do hospital, no conjunto da organização, ou na participação em outras intervenções conduzidas no hospital à parte da unidade de transplante. Segundo exposto pelos entrevistados, a unidade de transplante passou a ser uma espécie de ilha de mudança dentro da organização.

[...] a gente fica ilhado dentro da unidade de transplante. (Hortênsia)

Então o esforço tá sendo nesse sentido, de buscar de forma estruturada uma mobilização do pessoal a exemplo do transplante. Esse ficou blindado por si só. (Lisianto)

[...] os outros [profissionais] que não tem UPI se sentem até incomodados: ah, não, mas lá trabalha muito melhor, lá eles ouvem mais a equipe. Mas é porque é um perfil diferenciado de atendimento, então ouve mesmo, toma iniciativas através do que é observação clínica, o olhar deles do dia a dia aponta. Então, assim, eles [os profissionais da unidade] se sentem muito valorizados. (Azaleia)

Como era já era sabido, segundo os profissionais entrevistados, o cenário onde a unidade de transplante se insere passava por diferentes mudanças de rotina com vistas à busca pela acreditação. Entretanto, a adoção de novas rotinas parece ter sido mais onerosa, ou mais difícil de implementar, em outros setores do que nessa unidade.

Olha, o que que eu acho que dificulta um pouco o processo, eu acredito, é...Em relação à [gestão da] qualidade, há treinamentos mesmo pra gente nessa gestão de qualidade. Mas por mais que a gente tenha contato, há muitos termos técnicos em relação a isso, esses mapas, esses processos, ainda não tá tão, tão detalhado. Então eu vejo que a própria coordenação do setor [de gestão da qualidade] se perde um pouco na montagem disso, e quando ocorre uma auditoria isso é muito enfatizado e a gente vê que não tá tão claro, nem pra coordenação, nem pra gente que tá direto na assistência. [...] Então a gente não tem muito conhecimento sobre isso, então eu acho que falta um pouco mais do treinamento, e não treinamento geral igual é feito. É feito um geralzão. Não. Eu acho que tem que ser feito um treinamento setorial, usando exemplos do setor pra que a pessoa consiga incorporar aquilo ali. (Orquídea)

[...] Esse indicador, ele não é específico do transplante, ele é geral do hospital. Então a gente consegue ver que esses pacientes da UPI hoje, eles sobem o indicador, porque quando comparado a outros, você não consegue manter aquela ação tão rápida, ou às vezes nem consegue adequar a ação até a alta desse paciente. (Orquídea)

Uma das razões ressaltadas que parecem justificar a dificuldade de implementação das mudanças relacionadas à busca por acreditação refere-se, segundo diferentes apontamentos, à postura verticalizada e impositiva presente nessa iniciativa do cenário institucional maior.

Então eu acho que no início foi muito por isso, as pessoas não tinham uma noção do que que era qualidade, a grande maioria aqui não tinha. Não sabia nem o que que era, o que que era ONA, o que que era ISO, é, então isso foi visto meio que: olha, o [nome do hospital] precisa disso. Foi colocado dessa forma, o [nome do hospital] precisa disso, precisa que todo mundo comece a, a incorporar isso daí pra melhorar a situação do financeiro do [nome do hospital]. Mas no início foi muito dessa forma, ninguém nem sabia o que que era, a grande maioria não

sabia o que que era. Então foi visto mesmo como uma necessidade pra [nome da instituição]. (Orquídea)

[...] porque as experiências todas que eu tive nesses modelos de qualidade, eles são muito verticalizados, assim, vem alguém e fala: a qualidade tem que ser feita assim que assim é o melhor jeito [...]. (Rosa)

Houve relatos de que no cenário institucional como um todo havia uma pressão maior pelo cumprimento de normas, que por melhorias propriamente, o que parece ter desfavorecido a imagem da iniciativa de busca por acreditação. Essa iniciativa, buscada quase que simultaneamente à iniciativa específica da unidade de transplante, passou a representar algo que, segundo os relatos, não necessariamente atendia aos interesses organizacionais, mas ia de encontro a requisitos estabelecidos externamente, passageiros e, por isso, deturpada, sendo descrita pelos profissionais uma lacuna entre o discurso e a prática.

O modelo como eu vejo hoje, a melhoria da qualidade em saúde, eu vejo papel e pouca efetividade na melhoria da qualidade em saúde efetivamente. Nos modelos de gestão e tudo mais eu vejo pouca coisa, não vejo melhorias assim, sinceramente. Essas instituições que vem pra nos medir e tudo mais eu penso muito em papel, coisa pra inglês ver, e na sua filosofia, na qualidade mesmo, na essência, eu consigo medir pouco isso, de benefício. (Rosa)

[...] eu acho que melhoria em saúde tá muito longe daquilo que a gente vem vendo na prática. Por exemplo, a palavra humanização, pra mim é a maior mentira que existe, porque você não pode pregar humanização e atrasar uma hora pra dar um medicamento, um analgésico pra uma pessoa que tem dor. Não pode falar em humanização e uma pessoa ficar esperando uma vaga pra internar várias horas. Não pode. Não pode falar em humanização e uma pessoa que é parente de um funcionário, ou de um médico, ser atendido com prioridade dentro de uma emergência [...]. E a segurança do paciente tá lá, a qualidade, a humanização, e isso é uma grande balela. (Hortênsia)

Quer dizer, tem que trabalhar somente para a acreditação. Se foi a ONA, volta para o caos anterior. (Lírio)

O núcleo de segurança do paciente implementou o *checklist* no hospital, de cirurgia segura, aí você tem que fazer o *timeout*, que é você parar antes de começar a cirurgia. Isso nunca é feito. Mas o documento é preenchido. Isso é grave. Então, assim, existem as coisas, mas eu acho que existe um *gap* entre ela existir e ela de fato ocorrer. (Hortênsia)

Ah, dá tempo de ir lá no cliente virar ele pra olhar se ele ta com úlcera de decúbito ou não ta, vai ter ou não vai ter? Não, não dá tempo porque amanhã eu tenho auditoria. (Crisântemo)

Para alguns, a naturalização dessas normas seria alcançada de forma gradual através de uma mudança cultural. Como esteve implícito em diferentes abordagens, existia um senso comum de que a incorporação das práticas pelos demais profissionais atuantes no cuidado direto com o paciente se daria ao longo do tempo.

Então, são coisas que a gente tem que valorizar muito porque a gente resolve a metade dos problemas tendo uma atividade de melhoria constante, falando todo dia: você deve fazer isso, deve fazer aquilo, acolher bem a pessoa. Tudo isso ajuda, tudo isso é melhoria e, consequentemente a gente tendo esse tipo de serviço, essa busca pela qualidade, essa busca por todas as melhorias, com o passar do tempo, a partir que isso entranhou no pensamento de quem ta trabalhando, isso vai trazer uma situação de conforto [...] e só através de uma, de uma, de um trabalho constante em busca dessa melhoria é que a gente vai conseguir que depois tudo flua, como que no automático. (Girassol)

Mas, a partir das entrevistas, também foi possível identificar que somente o tempo não seria suficiente para a incorporação de tais mudanças, mas que também pareciam ser determinantes, o esclarecimento e a compreensão sobre os objetivos subjacentes a essa busca.

Tem que mudar a mentalidade institucional, porque o que que acontece, ta sendo modificada a mentalidade da chefia e tudo, mas tem que ser trabalhado isso também com os funcionários, com funcionários do hospital inteiro pra que eles possam entender que eles são parte dessa equipe e entender porque que ta sendo feita toda essa modificação. Entendeu? [...] Porque pra quem ta incluído na qualidade ta muito claro que não é a busca por um título. Mas será que já foi buscada essa percepção de quem ta lá, vamo dizer assim, no fim do processo? Como que você ta entendendo? Parar, conversar, buscar ouvir deles o que eles têm pra trazer. O que que tem pra ajudar? [...] Acho que falta um pouco. (Margarida)

De forma destoante, todavia, o grande destaque percebido pelos profissionais, e apontado por diferentes envolvidos, parece ter sido dado aos interesses institucionais mercadológicos. O enfoque na comprovação de um serviço prestado com qualidade foi salientado em diferentes momentos por entrevistados variados. Sob a ótica da administração institucional, que destacou o fato de o hospital ter uma operadora própria de plano de saúde, essa comprovação

parece ser considerada determinante para o posicionamento da organização no mercado e na escolha dos pacientes pelo atendimento no hospital.

Lógico que em termos políticos, em termos de credibilidade, até pra gente vender o nosso plano, a operadora própria, você ser acreditado, hoje em dia isso tem um valor muito importante. Uma instituição que é acreditada, pra quem entende o que é acreditação, é fantástico, precisa, porque a pessoa vai olhar. E com essa globalização, com todo mundo no *whatsapp* o dia inteiro, quando fala assim, é acreditado, o cara vai lá e cisca no *whatsapp*, vai procurar saber na internet o que que é isso, o que que significa isso. E ele vai olhar diferente. [...] O que hoje se faz, se investe na operadora de vender mais planos empresariais, que são mais lucrativos pra instituição, uma empresa ela vai olhar, porque ela tem uma visão diferente. As empresas hoje já buscam também as creditações, cada uma na sua área. Então ela vai procurar uma operadora, um hospital, que tenha, que venda essa qualidade, porque se não, o que que ela vai ta oferecendo pro usuário dela? (Crisântemo)

Vou te dar um exemplo, você, quando você tem, compra uma geladeira, por exemplo, você tem o selo do Procel lá, então aquela geladeira que você ta comprando ela já foi aprovada, já foi auditada, entendeu? A qualidade dela e a medida de consumo de energia dela. E nós fomos auditados, o hospital. Então quando você busca um atendimento, busca uma emergência, você sabe que vai receber um serviço de qualidade que já foi auditado [...] então hoje a qualidade é fundamental, não existe sobrevivência sem qualidade. (Cravo)

[...] isso vinha se tornando já uma exigência, né, como boa prática né, vamo dizer assim, porque não é obrigatório, é um processo voluntário, mas as operadoras de planos de saúde já tavam começando a fazer *checklist* de verificação nos hospitais, a parte própria do SUS mesmo eles tavam publicando algumas resoluções, né, mostrando a importância das boas práticas de gestão, das ferramentas também pra utilizar os serviços. Então isso já era uma demanda crescente assim, e ao mesmo tempo, os concorrentes também já vinham buscando suas certificações. (Gérbera)

Dentro da unidade, contudo, esse bloqueio relacionado à iniciativa de busca por acreditação parece ter sido mais facilmente superado, mesmo também enfrentando dificuldades e demandando esforços extras.

A qualidade, quando eu iniciei, né, que eu tive esse contato começando no [nome do hospital], a qualidade era vista como algo: ah, vai ser chato, né, é algo pra implicar com o trabalho, é algo pra ficar colocando pressão no profissional, é algo pra ficar, ah, ensinando o que a gente tem que fazer. Era muito visto dessa forma. Hoje eu consigo visualizar que todo mundo ta

tendo uma percepção diferente, eu consigo, assim, no que é discutido em vésperas de auditoria, que já não é mais aquela preocupação: ah, vai ficar me avaliando, vai sacanear o meu setor. Não é mais visto dessa forma [...] mas, na instituição como um todo, não. Eu acho que é mais fechado na UPI [...]. Agora, em todos os setores eu não consigo visualizar isso não. Eu acho que em alguns setores isso é visto como: ah, tem que fazer naquele momento, por obrigação, pra não ter falha, mas ainda não é visto como uma melhoria do processo, né, uma melhoria pro paciente, pra instituição. Então, eu não vejo isso em todos os setores não. (Orquídea)

Desse modo, os relatos permitem apreender certa distorção quanto aos objetivos da busca pela acreditação por parte dos profissionais da prestação direta do cuidado, em decorrência da postura dos representantes dos interesses institucionais, que parece contribuir para o descrédito da iniciativa de busca por acreditação, não proporcionando mudanças reais em todo o cenário institucional e, ainda, exigindo esforços extras para sintonia na iniciativa da unidade de transplante.

Capacidade de alinhar interesses em prol do paciente

Uma peculiaridade que parece ter determinado que a unidade de transplante se tornasse uma ilha de mudança dentro da organização tem a ver com o alinhamento de diferentes interesses nesse espaço devido à centralidade dada, ali, ao paciente.

Como já abordado, para os profissionais da linha de frente, as demandas colocadas a partir da busca pela acreditação parecem ter sido muitas vezes percebidas como desvinculadas do cuidado prestado. A falta de clareza na explicitação dos objetivos dessas demandas parece ter contribuído para que esses profissionais relacionassem as novas requisições apenas a interesses institucionais, sem qualquer relação com o paciente.

Todavia, a partir de percepções de indivíduos inseridos em diferentes setores do hospital, foi possível identificar que, diferentemente do que aconteceu em outros setores, as novas condutas relacionadas à busca por acreditação - em princípio divergentes das condutas adotadas pela intervenção por serem implementadas de formas diversificadas e por diferentes atores - foram sendo percebidas na unidade de transplante como tendo o mesmo foco da iniciativa lá implementada, o melhor para o paciente. Essa percepção - de que tanto as mudanças trazidas pela busca por acreditação, como a iniciativa implementada na unidade - visavam beneficiar o paciente, parece ter sido o diferencial da unidade de transplante, que de alguma forma trabalhou alinhando esses interesses.

Quando eles vieram com essa ideia de certificação de qualidade e veio aquela carga de trabalho pra gente tentar fazer melhoria, a gente foi identificando o que era fundamental pra ter uma certificação e tentar trazer isso pra realidade que a gente acreditava, que a gente achava que era melhor pro paciente [...] a gente foi e surfou nessa onda. (Rosa)

Elas [as duas iniciativas] começaram em paralelo, mas aí eu acho que agora elas convergiram. Então, as coisas começaram separadamente, então a introdução da UPI foi pra resolver alguns gargalos que a instituição tinha e a qualidade pra resolver os problemas de acreditação. Eu acho que as duas coisas se uniram, mas elas se encontraram no meio do caminho. Não foram coisas que o objetivo era que andassem sempre juntas não. (Antúrio)

Desse modo, focados, enquanto equipe, em prestar um cuidado de qualidade, com destaque para a efetividade e a centralidade no paciente, o cumprimento dos requisitos exigidos pela acreditação passou a fazer parte da rotina da unidade mais facilmente, a ser incorporado de forma mais natural dentro desse espaço do transplante, mas quando reconhecidos como algo em favor dos interesses da própria unidade, que se voltavam para o paciente. Essa incorporação mais naturalizada parece ter se relacionado à melhor compreensão dos envolvidos acerca dos motivos para a mudança, sendo esses motivos mais palpáveis e do interesse comum dos profissionais. Algo que, inclusive, parece ser buscado externamente à unidade, mas que parece não ser alcançado.

Isso a gente fica tentando aqui o tempo todo, é, conseguir que as pessoas tenham o olhar pra aquilo que eles tão trabalhando. Ah, ta, o lado administrativo é importante, o lado comercial é importante, nam, nam, nam, ta, mas vamos enxergar isso tudo com o olhar na assistência [...] Tem que trabalhar em função da assistência ser melhor. E não ao contrário, a assistência ter que fazer tudo redondinho pra não dar trabalho pro administrativo. Não é isso! Não é isso! (Crisântemo)

Eu vejo qualidade no cuidado na, na essência da palavra qualidade, né, assim, melhoria, o quanto você está oferecendo de melhora na assistência à saúde, de ponta a ponta, de ponta a ponta, em resultados mesmo, ou seja, de desfechos clínicos, de desfechos econômicos e de desfechos psicológicos. [...] Então, eu não sou a pessoa ideal pra falar de qualidade, não tenho formação nenhuma de qualidade, mas qualidade pra mim, na sua essência, é medir o que se ta oferecendo de melhor pra assistência em saúde. (Rosa)

A liderança parece ser um fator explicativo do comportamento na unidade de transplante. Esteve presente em diferentes colocações que, a liderança da unidade, ao mesmo tempo em que dava voz à unidade para além do espaço assistencial, representando seus interesses e propostas administrativamente, traduzia dentro da unidade os anseios da administração na busca pela comprovação da qualidade através da acreditação.

Além disso, novas requisições e demandas de trabalho parecem ter sido mais facilmente atendidas por serem colocadas por alguém que fazia parte da comunidade consolidada, que vivenciava o serviço, que tinha respaldo e credibilidade para isso. Desse modo, uma liderança representada por alguém que faz parte do serviço e nele atua, parece também ter interferido para que as tarefas pudessem ser incorporadas de forma mais natural dentro dessa comunidade.

O preenchimento adequado de registros para possibilitar a análise de indicadores, além da sua análise em si e discussão, por exemplo, são tradicionalmente vistos pelos prestadores de assistência direta como esforços que envolvem demanda extra de trabalho e de tempo, e que não trazem benefícios ao cuidado direto do paciente. No entanto, essa é uma atividade que parece ter sido incorporada na unidade a partir da percepção de sua relevância no cuidado ao paciente.

[...] porque o que que acontece, essa apresentação dos resultados é um *feedback* pros profissionais de como que ta sendo o trabalho, de como que ta sendo a condução dos casos. Porque na apresentação dos resultados, além de apresentar os resultados internos eles conseguem fazer um paralelo de uma linha do tempo de como que ta o tratamento dos pacientes, mesmo depois da alta. Porque tem alguns indicadores que falam isso, sobrevida, e isso é uma coisa que faz nós repensarmos o nosso trabalho. Até pra comparar, vamo dizer assim, como que foi o trimestre anterior, como que ta sendo nesse trimestre, aí pra gente alertar, porque que agora ta diferente? Pra gente já fazer esse paralelo. (Margarida)

Desse modo, parece ter influenciado de maneira favorável à intervenção, a liderança da unidade, que facilitou o alinhamento de toda a equipe em torno dos interesses reais da unidade e possibilitou um clima propício a novas condutas, incluindo os requisitos necessários à acreditação.

Você pode falar assim, vou montar uma UPI de transplante com todas as regras de qualidade que são necessárias, mas se você não trazer a essência do que que o projeto precisa, você não

consegue fazer a coisa evoluir. Eu acho que a [gestão da] qualidade sozinha não faz nada. Eu acho que a qualidade sozinha não faz nada, não faz nada, não faz nada. Se você não entender a essência do projeto que você tá criando na assistência. Pelo menos é isso que eu percebo. (Rosa)

Falta de integração movida pelo conservadorismo institucional

As entrevistas evidenciaram que existia, na instituição, uma dificuldade de diálogo e integração entre o grupo de implementadores - profissionais que consolidaram o movimento por mudanças na unidade de transplante e em outras unidades - e os demais profissionais que não se inseriam nesses espaços. Segundo relatos de diferentes profissionais, se formou uma espécie de bipolaridade entre os que participaram de mudanças na unidade e os que não participaram, sendo o conflito por poder uma razão implicitamente apontada.

Um grande desafio que eu vejo é que o grupo não conseguiu extrapolar isso pro resto do hospital, porque extrapolar pro resto do hospital depende de uma vontade global de chefia, de outras, outros níveis da instituição. (Hortênsia)

Abordada durante as entrevistas, a história administrativa e gerencial da organização já foi anteriormente exposta neste trabalho. E, a abordagem dessa história por alguns dos entrevistados, destacava a ruptura com uma trajetória mais apoiadora de representantes institucionais - a Irmandade - para o início de uma era mais executiva e atuante desse componente organizacional, o que envolvia uma maior abertura à participação de médicos em decisões organizativas. Todavia, segundo relatado, mesmo dispondo de um Conselho mais atuante a partir de então, a instituição já contava com uma Gestão Executiva, controlada pela Gestão Geral e Administrativa, que conservava perfil mais direcionador e controlador.

Porque quando você fala o que tava convencionado, lá no regimento anterior, você não separava direção clínica da direção técnica [...] e isso prejudicou muito a imagem interna do hospital, porque não havia alguém na direção técnica na visão da administração [gestão executiva] do hospital. Entendeu? Então, isso prejudicava e isso foi refeito. Por quê? Porque eram muito poucas as responsabilidades e obrigações do corpo clínico. Era uma visão do corpo clínico e não do corpo técnico. Entendeu? (Lisianto)

Desse modo, mesmo que de forma velada, uma gestão tradicional na hierarquia institucional parece ter se sentido confrontada por uma nova Diretoria atuante e participativa e

que, ainda, abriu espaço para que médicos realizassem modificações nos processos assistenciais historicamente controlados por essa gestão. Por tradicionalmente já carregarem consigo certo poder devido ao conhecimento que têm e pela autonomia contratual, alguns médicos parecem ter se tornado figuras ameaçadoras, na visão de alguns, não por não aderirem a condutas e normas colocadas pela administração, mas por passarem a interferir nessas condutas que, na medida do possível, foram bloqueadas pelos que eram contrários a tal interferência. Esses bloqueios parecem ter sido sentidos na unidade por diferentes profissionais na medida em que a garantia de estruturas e sistemas, por exemplo, depende da gestão executiva.

Eu acho que a equipe administrativa daqui funciona totalmente em paralelo à parte assistencial, não são muito casadas. A gente tem pouca liberdade, pouca penetração dentro da parte administrativa. (Antúrio)

A gente vê uma certa resistência por causa desse tempo de alguns, de algumas lideranças em si. Mas no mais acho que é isso mesmo, acho que mais essa resistência em algumas, eu vejo mais, muita dificuldade em situações muito burocráticas pra você alcançar pequenas coisas. (Orquídea)

[...] eu acho que um pouco da organização institucional era muito calcada, o hospital ele é muito calcado na atitude do médico individualmente e menos no médico como parte de um serviço, parte de um grupo. (Hortênsia)

Diferente da maioria dos médicos da instituição, os médicos que faziam parte do grupo de implementadores foram contratados como funcionários e passaram a ter mais deveres e obrigações. Contudo, ao que parece, a postura de alguns gerou certo incômodo e colocou em risco o espaço alcançado. Essa postura parece se apoiar na cultura de poder imbuída entre essa formação profissional, algo culturalmente arraigado e que, independe de contratos ou obrigações estabelecidas. Como destacado na fala a seguir, a própria contratação desses profissionais já previa certas particularidades, abrindo caminhos para comportamentos diferenciados e por alguns, questionado.

Quando você pega um profissional médico e contrata ele de carteira [...] e tem vários que foram contratados [...], eles não têm ponto pra bater, eles têm o privilégio de não ter um ponto pra bater [...], mas eles têm tarefas pra cumprir... Eles têm um contexto de gerenciar a assistência, de enxergar diferente a assistência, de propor questões mais criativas, mais

modernas, de participar de reuniões. Né? [...] Mas não vem na reunião e não dá satisfação. Viaja pro exterior e não conta pra chefe nenhum [...]. (Crisântemo)

Foi possível perceber que, na visão de alguns, o poder já detido por profissionais médicos de uma maneira geral - que os torna, de certa forma, mais inatingíveis institucionalmente - parece ter se tornado ainda mais concreto a partir do espaço a eles concedido pela nova Diretoria. Aliado à horizontalidade e ao senso de comunidade alcançado dentro da unidade de transplante, esse poder parece também ter incomodado os responsáveis por cada uma das áreas profissionais, que passaram a enxergar sua soberania ameaçada e também passaram a contribuir para um jogo de forças através da imposição do seu papel dentro da hierarquia tradicional.

Eu me reporto à minha gerência, a gente sempre se reporta à gerência [da área profissional de atuação]. Pra propor alguma coisa nova, discutir alguma coisa que não tá dando certo [mesmo dentro da unidade] a gente se reporta à gerência [da área profissional de atuação] e discute com ela pra ela traçar a melhor estratégia. (Margarida)

Além das dificuldades em prosseguir com as mudanças propostas, determinada por esses conflitos, também foi relevante a existência, nesse ambiente, da figura do médico resistente à mudança. Segundo foi pontuado, esse profissional impediu o avanço de implementações semelhantes em outras unidades e dificultou a busca pela qualidade do cuidado através da não adesão a ferramentas específicas no caminho de busca pela acreditação. Essa figura foi apontada como comum nessa organização centenária, que também conta com outros profissionais de saúde, e não somente médicos, apegados a velhas práticas. Para os integrantes da unidade e para os implementadores, apesar de esses tipos ficarem mais restritos ao cenário externo à unidade, não deixaram de impactar na implementação da iniciativa para a melhoria do cuidado ao paciente renal, uma vez que a unidade se insere nesse cenário maior – a organização – e esse paciente circula por diferentes setores do hospital.

Aí tem a barreira da hierarquia dos médicos consagrados, dos estrelas de Juiz de Fora, os antigos, que nem tão bons quanto esses são, mas... Né... Tem também, claro, o poder conservador. (Lisianto)

[...] eu vejo um problema muito, da parte administrativa [gestão executiva], e vejo nichos dentro da medicina, dos, de alguns médicos que fazem aquilo há décadas e acham que aquilo tem que ser daquele jeito e não pode mudar. (Rosa)

[...] pessoas que não conseguem se adaptar a esse esquema aí, principalmente pessoal mais velho, pessoa muito individualista, acho que o médico ainda tem muito disso né, de achar que ele é o dono da verdade né, pessoal mais velho né. Eu acho que existe isso ainda. (Antúrio)

[...] eu acho que é uma instituição ainda muito grande, a gente ainda tem alguns, alguns, algumas pessoas que ainda tem uma mentalidade um pouco, vamo dizer, mais antiga ainda. (Azaleia)

A resistência à mudança identificada a partir de diferentes falas, impulsionada pelo cabo de guerra institucional, ou simplesmente pelo comodismo, inércia, ou conservadorismo parece ter funcionado como uma barreira para a implementação e para que os verdadeiros objetivos institucionais pudessem ser enxergados.

5.2 EFEITOS DA INTERVENÇÃO

Entre janeiro de 2008 e dezembro de 2017 foram realizados 520 transplantes renais pelo centro transplantador. Dentre esses, 10 não foram elegíveis ao estudo por tratarem-se de pacientes menores de 18 anos. Entre os 510 restantes, 4 foram excluídos por serem retransplantes dentro do período estudado. Desse modo, foram incluídos nesse estudo 506 receptores de transplante renal, 125 em momento anterior à implementação da iniciativa para melhoria da qualidade (2008-2012) e 381 em momento posterior (2013-2017).

A Tabela 2 permite a observação das características dos receptores nos dois períodos estudados. No período posterior à implementação da iniciativa os pacientes eram mais velhos (44,2 vs. 47,6 anos; $p=0,011$); tiveram a hipertensão como causa mais frequente da DRC (33,9%), enquanto no período anterior a causa não foi determinada na maioria dos casos (40,0%) ($p=0,000$); estavam em tratamento em centros de diálise mais distantes do centro transplantador (67,4 vs. 86,8 Km; $p=0,022$); foram realizados mais transplantes com doadores falecidos (48,0% vs. 71,9%; $p=0,000$) e o tempo em diálise até o transplante foi menor, contudo sem significância estatística (61,3 vs. 44,3 meses; $p=0,072$). O gênero dos pacientes e o tipo de terapia renal substitutiva mais frequente foram semelhantes nos dois períodos estudados, com maioria de homens e em hemodiálise. Levando-se em consideração a população da Zona da Mata mineira, onde localiza-se o centro transplantador e uma das CNCDO do estado, foi realizada uma média de 11,2 transplantes pmp ao ano no período anterior à implementação da iniciativa e 35,0 pmp ao ano após a implementação.

Também no período posterior à implementação da iniciativa, menos pacientes necessitaram ser admitidos em UTI imediatamente após o procedimento (92,8% vs. 39,6%; $p=0,000$), havendo uma diminuição no tempo médio de internação nesse setor (3,6 vs. 0,5 dias; $p=0,000$) e hospitalar (16,4 vs. 13,2 dias; $p=0,000$). Além disso, também foi observada uma diminuição na frequência de óbitos na internação do procedimento (11,4% vs. 3,9%; $p=0,002$) e mudança nas causas mais frequentes de perda do enxerto, de trombose (54,5%) para causa imunológica (38,2%) ($p=0,026$). A evolução no pós-transplante nos dois períodos estudados pode ser observada na Tabela 3.

Os gráficos de controle estatístico do processo possibilitaram a visualização de variações no número de transplantes realizados (Figura 4), na proporção de transplantes com doador falecido (Figura 5) e no tempo em diálise até o transplante (Figura 6).

A Figura 4 expressa aumento no número médio de transplantes renais em mais de 100% após a implementação da iniciativa. Enquanto no período anterior à implementação houve doze trimestres consecutivos com número de transplantes abaixo da linha central (9º ao 20º), no período posterior houve oito trimestres com número de transplantes acima da linha central (26º ao 33º). A partir da implementação da iniciativa (21º trimestre) percebe-se uma variação especial, com o número de transplantes excedendo os limites de controle esperados na maioria dos trimestres observados (21º, 23º, 24º, 26º ao 33º e 35º ao 40º).

Sobre a proporção de transplantes por tipo de doador, a Figura 5 apresenta uma diminuição da variação ao longo do período estudado. No período posterior à implementação da iniciativa, a proporção de transplantes com doador falecido foi maior na maioria dos trimestres (21º ao 30º e 32º ao 40º trimestre), e foi observada uma tendência de crescimento desse tipo de transplante, com a proporção nos dois últimos trimestres acima do limite superior esperado.

A diminuição de variabilidade após a implementação da iniciativa também é observada no gráfico da Figura 6, que trata do tempo em diálise até o transplante (em meses). No gráfico que incluiu receptores de doadores vivos e falecidos, esse intervalo de tempo diminuiu entre o 19º e o 40º trimestre, com os valores médios mantendo-se abaixo da linha central durante todo o período. A magnitude da diferença entre os tempos, por sua vez, esteve acima do limite superior no 26º e 27º trimestres. Realizando análises separadas por tipo de doador, fica evidente a variação especial entre os receptores de doadores falecidos (Figura 8), com intervalo de tempo entre início de diálise e transplante abaixo da linha central (a partir do 20º trimestre) e abaixo do esperado pela linha inferior (21º, 25º, 26º, 28º, 29º, 31º, 34º, 35º, 38º, 39º, 40º trimestres).

A sobrevida dos 506 pacientes quanto ao tipo de doador pode ser verificada na Figura 9. A sobrevida dos pacientes transplantados com doador vivo foi de 90,2% no 1º ano, 87,4% no 2º ano e 86,6% após 3 anos de transplante. A sobrevida dos pacientes transplantados com doador falecido foi de 77,7% no 1º ano, 70,4% no 2º ano e 68,1% após 3 anos de transplante ($p = 0,000$).

A sobrevida dos pacientes transplantados com doador vivo dividida pelos dois períodos observados, pré e pós implementação da iniciativa, está expressa na Figura 10. A sobrevida do paciente foi de 81,7% no período pré implementação e 95,1% no período pós implementação após 1 ano de transplante; de 78,3% no período pré implementação e 92,7% no período pós

implementação após 2 anos de transplante; de 78,3% no período pré implementação e 91,4% no período pós implementação após 3 anos de transplante ($p = 0,005$).

A sobrevida dos pacientes transplantados com doador falecido dividida pelos dois períodos observados, pré e pós implementação da iniciativa, está expressa na Figura 11. A sobrevida do paciente foi de 59,9% no período pré implementação e 81,0% no período pós implementação 1 ano após o transplante; de 47,5% no período pré implementação e 75,4% no período pós implementação 2 anos após o transplante; de 43,4% no período pré implementação e 73,8% no período pós implementação 3 anos após o transplante ($p = 0,000$).

A sobrevida do enxerto dos 506 pacientes com óbito censurado divididos quanto ao tipo de doador pode ser verificada na Figura 12. A sobrevida do enxerto dos transplantados com doador vivo foi de 95,9% no 1º ano, de 95,2% no 2º e 3º anos após o transplante; enquanto que a sobrevida do enxerto dos transplantados com doador falecido foi de 93,2% no 1º ano, de 85,7% no 2º e de 81,1% após 3 anos de transplante ($p = 0,000$).

As sobrevidas do enxerto dos pacientes transplantados com doadores vivos e falecidos divididas nos dois períodos, pré e pós implementação da iniciativa, estão expressas, respectivamente, nas Figuras 13 e 14, sendo que não houve diferença estatisticamente significativa nos dois períodos observados.

Tabela 2: Características dos receptores de transplante renal incluídos no estudo, divididos quanto ao período do transplante, anterior ou posterior à implementação da intervenção

	2008 - 2017 (n = 506)	Pré implementação (n = 125) (2008 - 2012)	Pós implementação (n = 381) (2013 - 2017)	Valor-p
Número de transplantes pmp¹	23,1	11,2	35,0	-
Idade, anos (média ± DP)	46,8 ± 12,7	44,2 ± 12,2	47,6 ± 12,8	0,011
Sem dados, n (%)	2 (0,4%)	2 (1,6%)	-	
Gênero, masculino, n (%)	326 (64,4%)	79 (63,2%)	247 (64,8%)	0,741
Etiologia da DRC², n (%)				0,000
Indeterminada	55 (10,9%)	50 (40,0%)	5 (1,3%)	
Hipertensão	158 (31,2%)	29 (23,2%)	129 (33,9%)	
Diabetes mellitus	102 (20,2%)	10 (8,0%)	92 (21,4%)	
Doença renal policística	63 (12,5%)	8 (6,4%)	55 (14,4%)	
Glomerular	55 (10,9%)	20 (16,0%)	35 (9,2%)	
Urológica	45 (8,9%)	1 (0,8%)	44 (11,5%)	
Outra	28 (5,5%)	7 (5,6%)	21 (5,5%)	
Tempo em diálise, meses (média ± DP)	47,6 ± 49,6	61,3 ± 58,2	44,3 ± 46,7	0,072
Sem dados, n (%)	45 (8,9%)	35 (28,0%)	10 (2,6%)	
Tipo de TRS, n (%)				0,568
Hemodiálise	460 (93,9%)	101 (92,7%)	359 (94,2%)	
Diálise peritoneal	15 (3,1%)	3 (2,8%)	12 (3,1%)	
Tratamento conservador	15 (3,1%)	5 (4,6%)	10 (2,6%)	
Distância entre centro de diálise e transplantador, Km				
média ± DP	82,2 ± 83,8	67,4 ± 76,7	86,8 ± 85,5	0,022
Tipo de doador				0,000
Vivo	172 (34,0%)	65 (52,0%)	107 (28,1%)	
Falecido	334 (66,0%)	60 (48,0%)	274 (71,9%)	

¹pmp: Número de transplantes por milhão de população

²DRC: Doença renal crônica

Fonte: A autora.

Tabela 3: Evolução no pós transplante dos pacientes incluídos no estudo, divididos quanto ao período do transplante, anterior ou posterior à implementação da intervenção

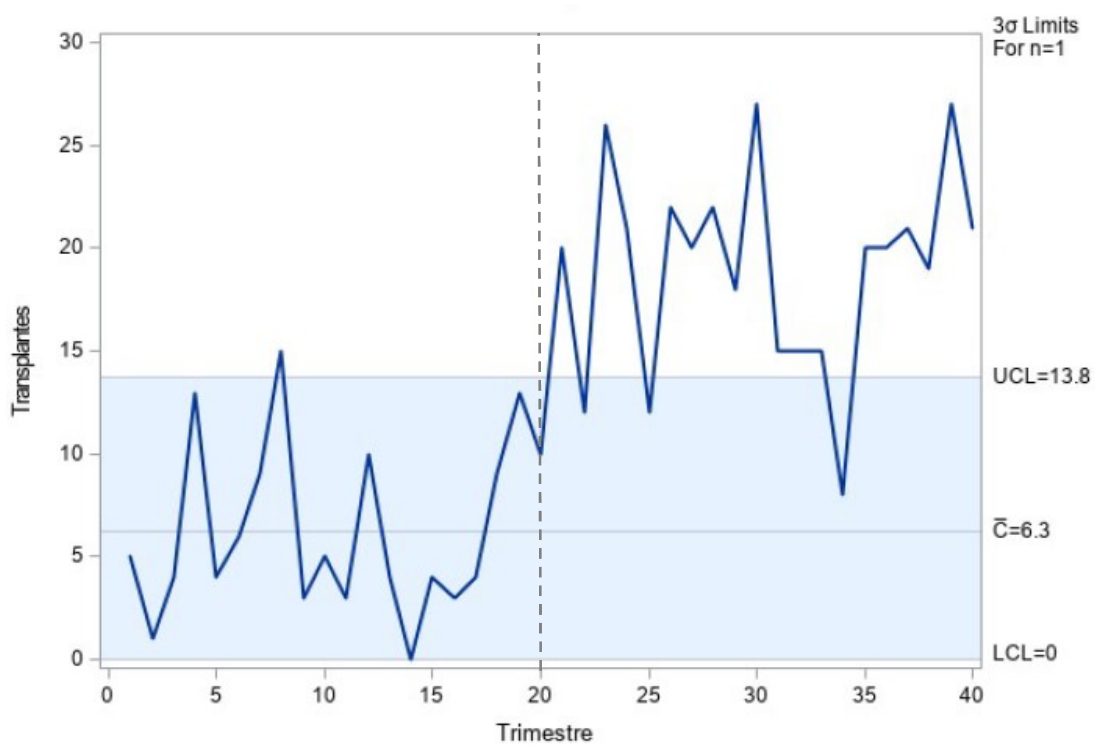
	2008 - 2017 (n = 506)	Pré implementação (n = 125) (2008 - 2012)	Pós implementação (n = 381) (2013 - 2017)	Valor-p
UTI¹ pós transplante imediato, n (%)	267 (52,8%)	116 (92,8%)	151 (39,6%)	0,000
Tempo em UTI¹, dias (média ± DP)	1,3 ± 2,6	3,6 ± 3,6	0,5 ± 1,6	0,000
Sem dados, n (%)	4 (0,8%)	-	4 (1,0%)	
Tempo de internação, dias (média ± DP)	14,0 ± 13,7	16,4 ± 14,3	13,2 ± 13,5	0,000
Sem dados, n (%)	7 (1,4%)	7 (5,6%)	-	
Tempo de seguimento (meses)	31,3 ± 28,0	47,3 ± 41,7	26,2 ± 19,3	0,001
Perda do enxerto, n (%)	52 (10,3%)	16 (12,8%)	36 (9,4%)	0,284
Causa da perda do enxerto, n (%)				0,026
Imunológico	14 (26,9%)	1 (9,1%)	13 (38,2%)	
Infeccioso	6 (11,5%)	1 (9,1%)	5 (14,7%)	
Polioma vírus	4 (7,7%)	0	4 (11,8%)	
Recidiva da doença de base	4 (7,7%)	0	4 (11,8%)	
Trombose	12 (23,1%)	6 (54,5%)	6 (17,6%)	
Fístula urinária	5 (9,6%)	3 (27,3%)	2 (5,9%)	
Sem dados	7 (13,5%)	5 (31,3%)	2 (5,6%)	
Óbito², n (%)	29 (5,8%)	14 (11,4%)	15 (3,9%)	0,002
Causa do óbito, n (%)				0,304
Infecção	3 (10,3%)	2 (16,7%)	1 (6,7%)	
Cardiovascular	11 (37,9%)	3 (25,0%)	8 (53,3%)	
Neoplasia	0	0	0	
Outra	27 (93,1%)	7 (58,3%)	6 (40,0%)	
Sem dados	2 (6,9%)	2 (14,3%)	0	

¹UTI: Unidade de Terapia Intensiva

²Óbito na internação do procedimento de transplante

Fonte: A autora.

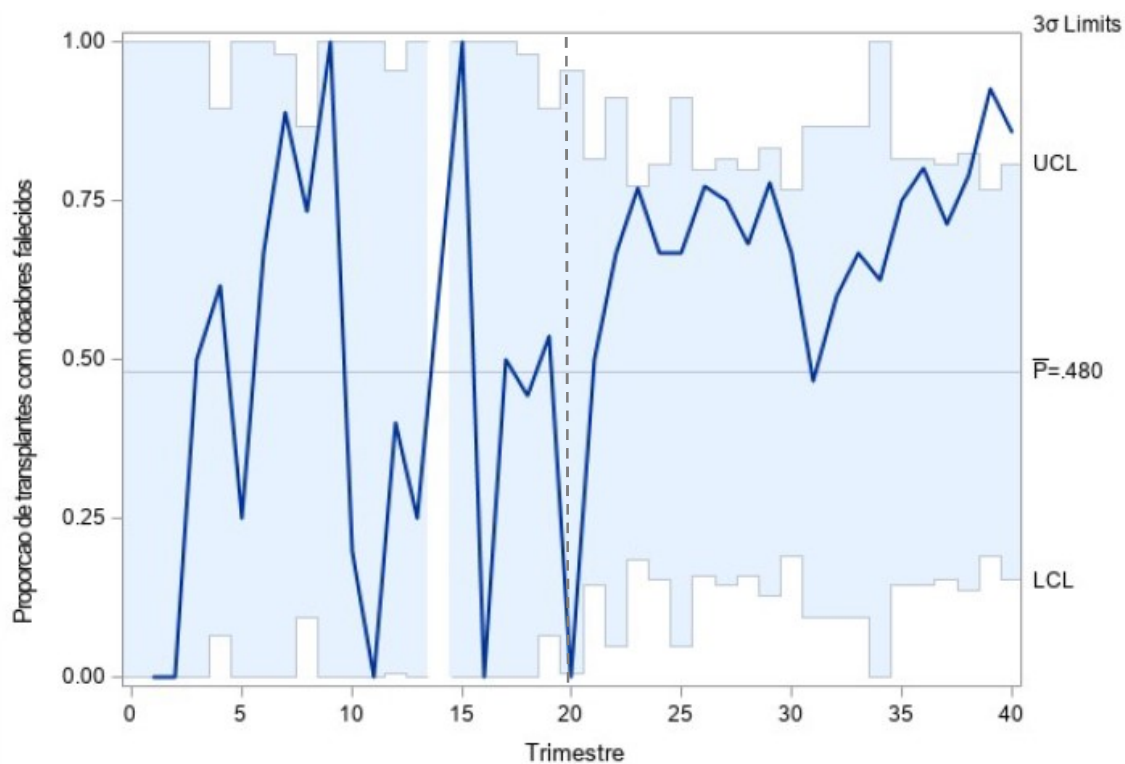
Figura 4: Variação na realização de transplantes por trimestres, 2008-2017



Linha central e limites definidos com base no conjunto de observações antes da intervenção

Fonte: A autora.

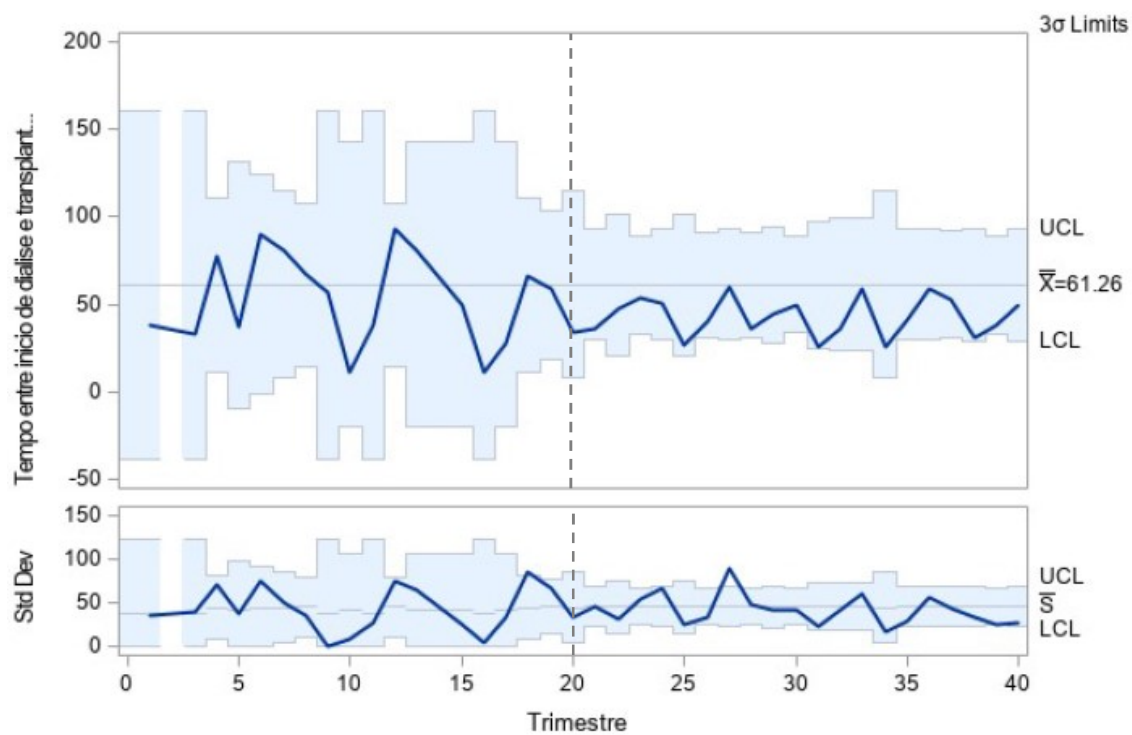
Figura 5: Proporção de transplantes com doador falecido por trimestre, 2008-2017



Linha central e limites definidos com base no conjunto de observações antes da intervenção

Fonte: A autora.

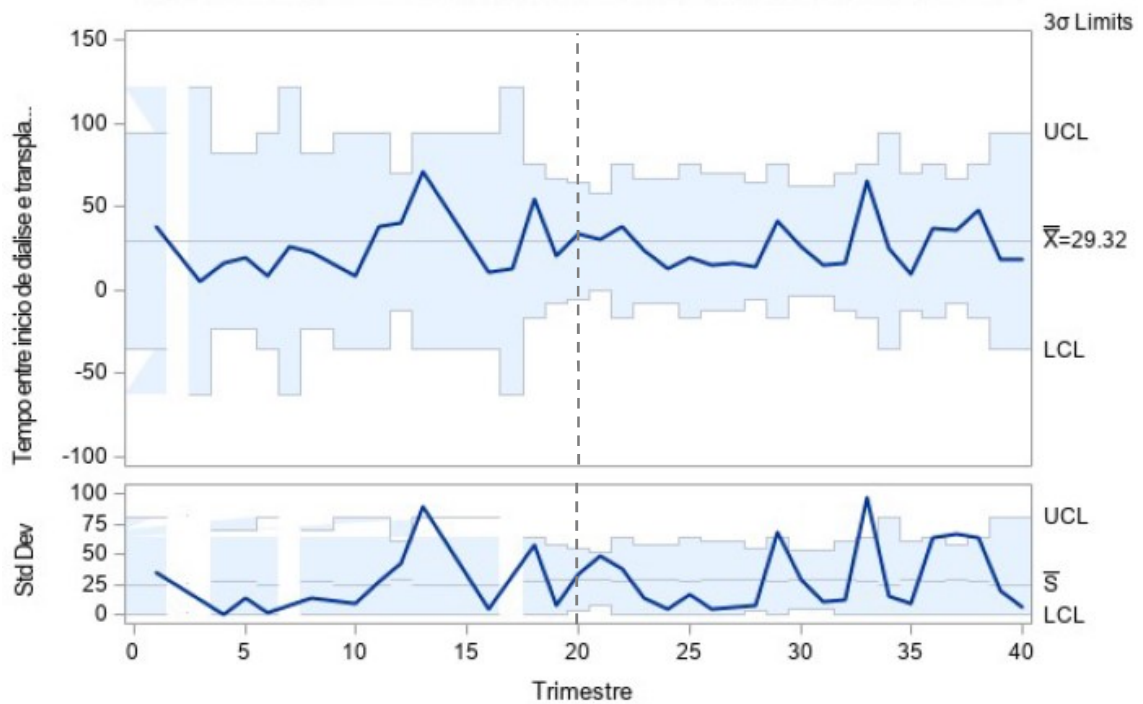
Figura 6: Tempo entre início de diálise e transplante (meses) por trimestre, 2008-2017



Linha central e limites definidos com base nos valores observados antes da intervenção

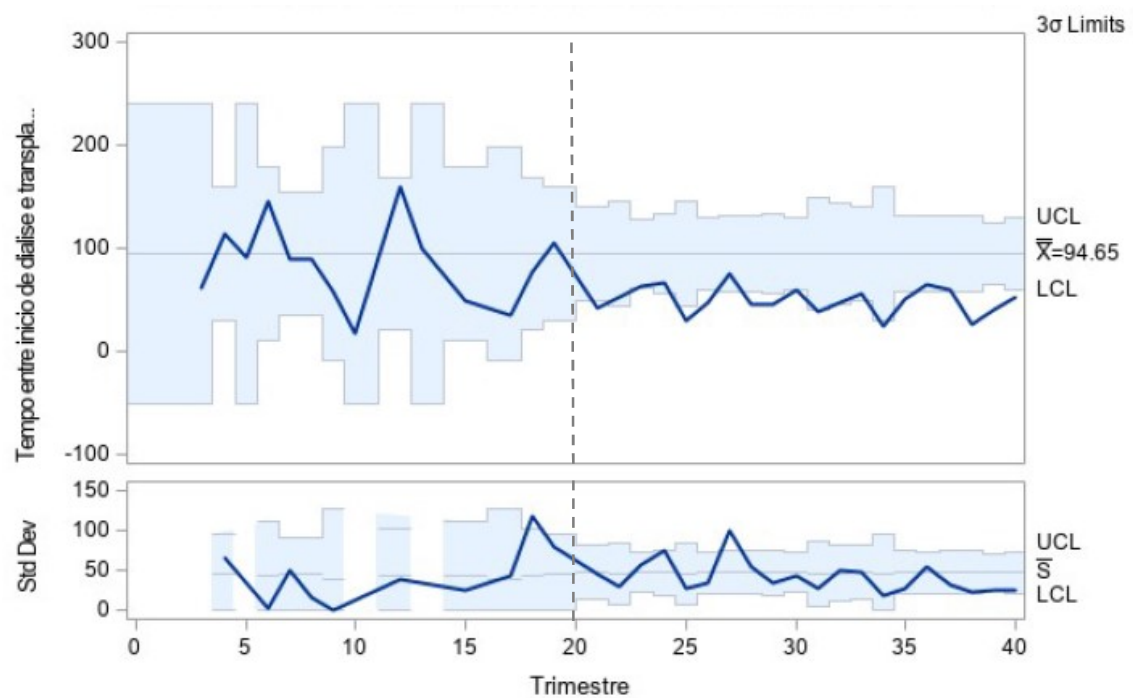
Fonte: A autora.

Figura 7: Tempo entre início de diálise e transplante (meses) para receptores de doadores vivos por trimestre, 2008-2017



Linha central e limites definidos com base nos valores observados antes da intervenção

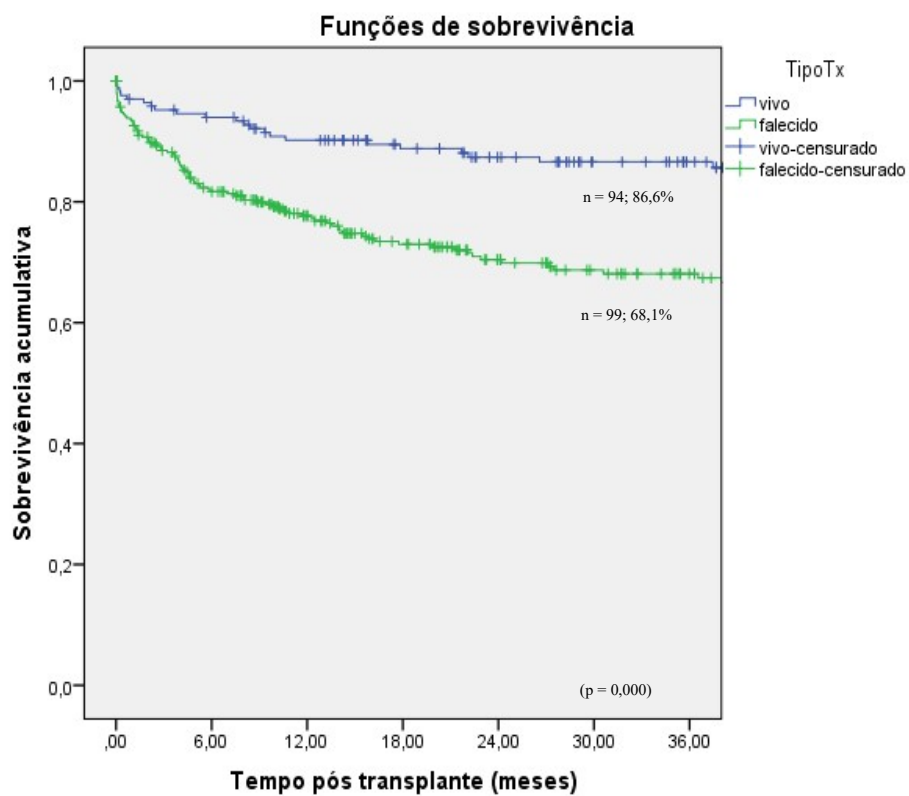
Figura 8: Tempo entre início de diálise e transplante (meses) para receptores de doadores falecidos por trimestre, 2008-2017



Linha central e limites definidos com base nos valores observados antes da intervenção

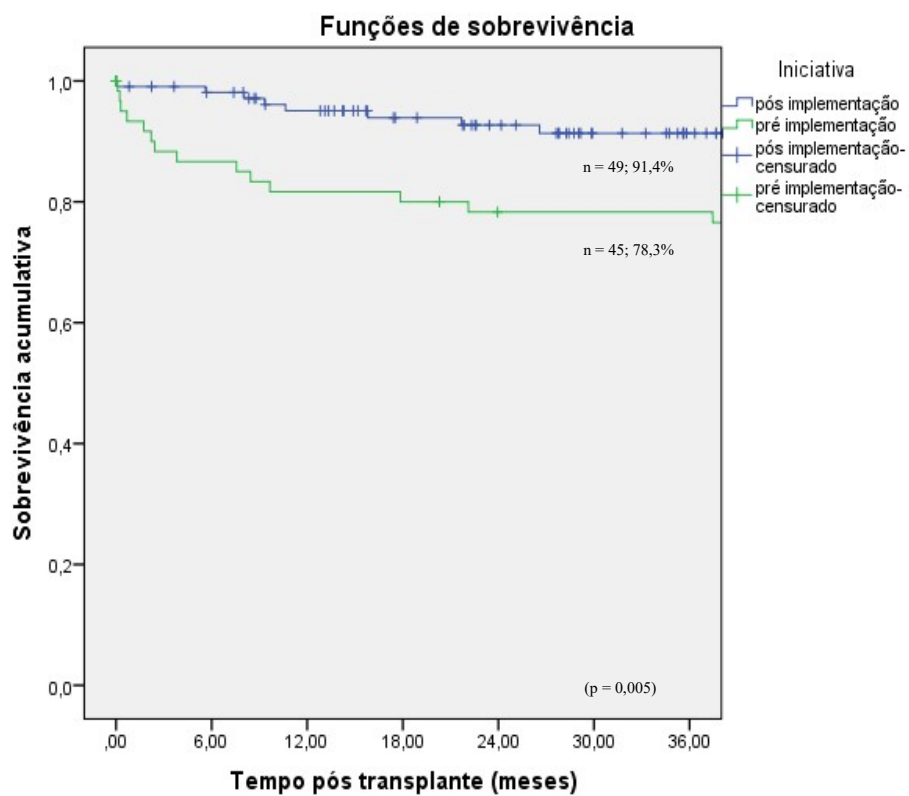
Fonte: A autora.

Figura 9: Sobrevida do paciente nos dois períodos (anterior e posterior à implementação) dividida por tipo de doador (vivo e falecido)



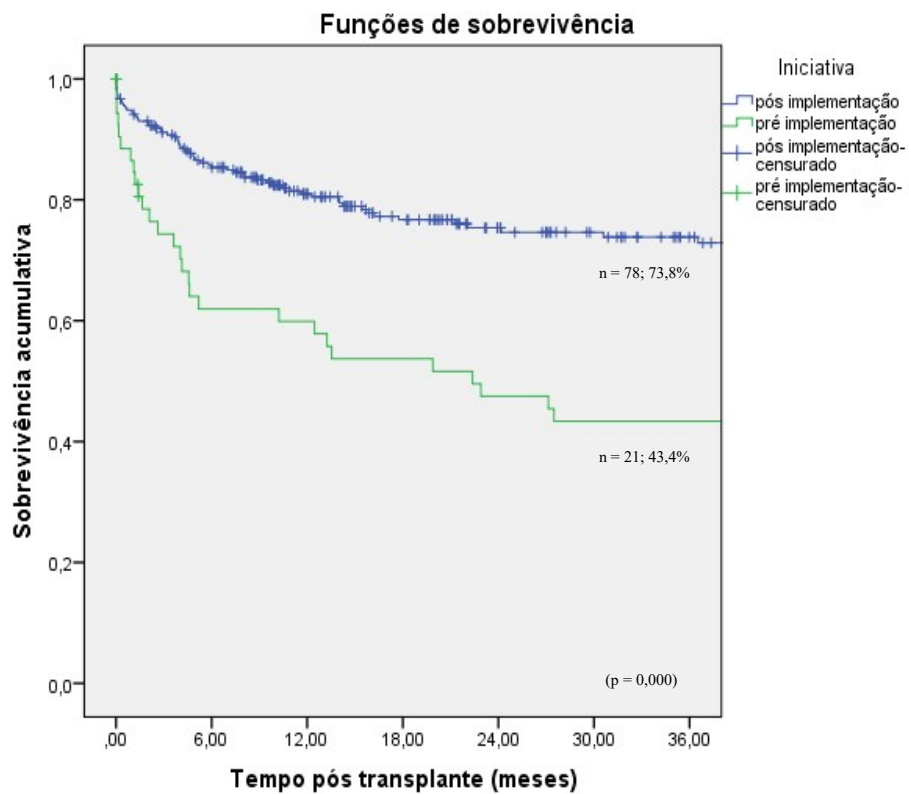
Fonte: A autora.

Figura 10: Sobrevida dos pacientes transplantados com doadores vivos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)



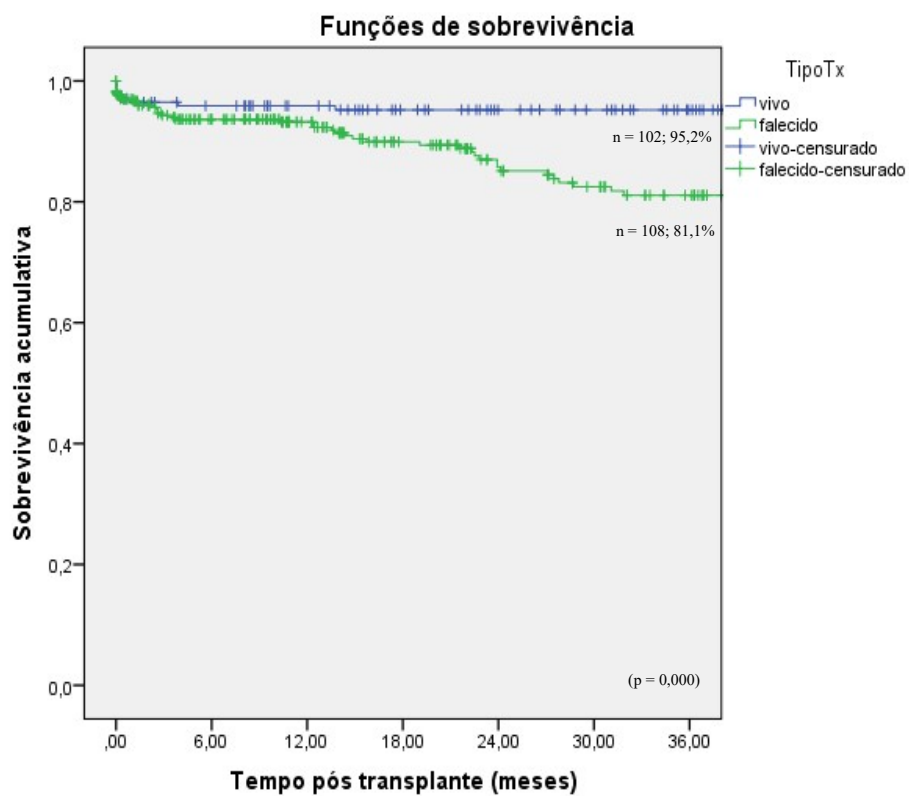
Fonte: A autora.

Figura 11: Sobrevida dos pacientes transplantados com doadores falecidos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)



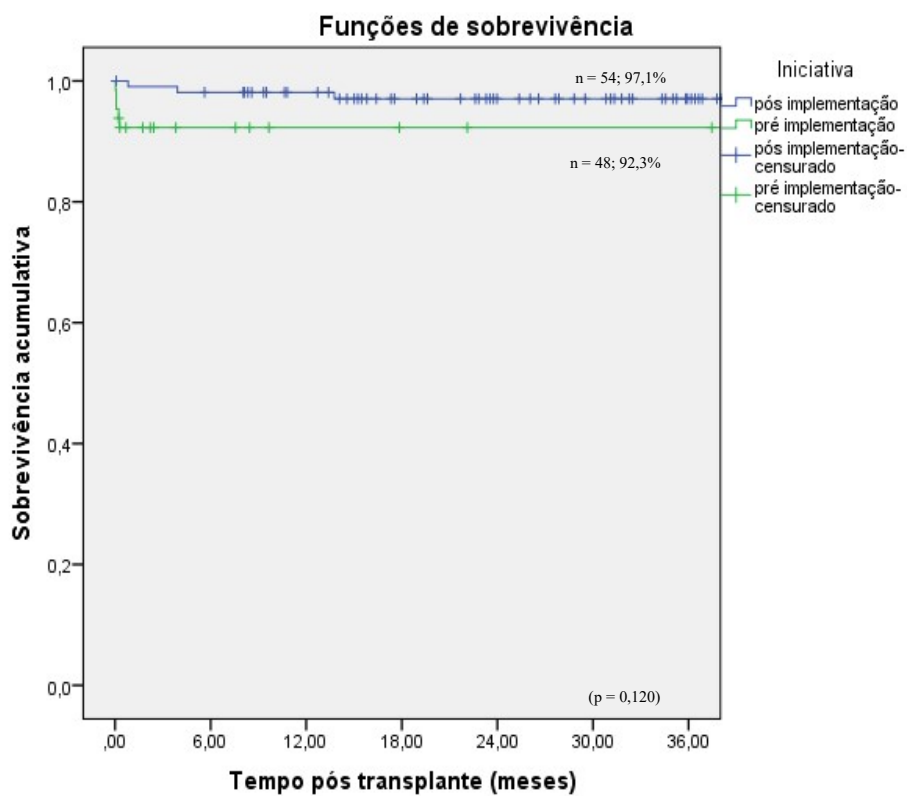
Fonte: A autora.

Figura 12: Sobrevida do enxerto censurada para óbito nos dois períodos (anterior e posterior à implementação) dividida por tipo de doador (vivo e falecido)



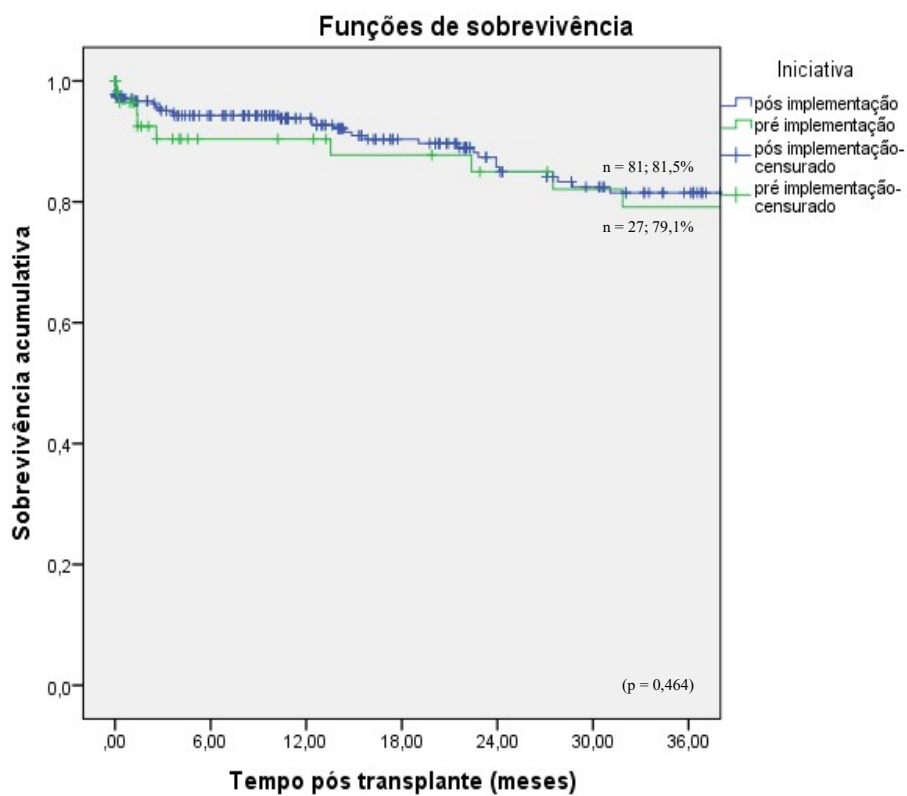
Fonte: A autora.

Figura 13: Sobrevida do enxerto dos pacientes transplantados com doadores vivos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)



Fonte: A autora.

Figura 14: Sobrevida do enxerto dos pacientes transplantados com doadores falecidos dividida nos dois períodos (pré e pós implementação)



Fonte: A autora.

6 DISCUSSÃO

Como e porque a intervenção funcionou

Os resultados deste estudo indicam que, a partir da reorganização do centro transplantador, com a implementação da iniciativa para melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico, houve ampliação do acesso ao transplante renal e maior efetividade desse tratamento. Dentre os efeitos mais significativos desta iniciativa destacaram-se o aumento do número de transplantes realizados, a queda do tempo em diálise até o transplante e o aumento da sobrevida entre os pacientes transplantados.

No Brasil, de uma maneira geral, vem sendo observado aumento do número de transplantes realizados desde a implantação do Sistema Nacional de Transplantes, em 1997. Esse arranjo vem contribuindo para a superação de desigualdades no acesso a esse tratamento após a inclusão do paciente em lista de espera. Contudo, o acesso e a permanência em lista ainda sofrem a interferência de diferentes obstáculos, comuns tanto no Brasil, como em outros países. Muitos desses obstáculos têm origem organizacional e são relacionados à funcionalidade dos serviços assistenciais, os quais, parecem estar sendo superados neste centro transplantador a partir da implementação da intervenção aqui estudada.

Diferentes mecanismos de mudança identificados a partir das entrevistas parecem ter contribuído no sentido do enfrentamento dos obstáculos de acesso e efetividade do tratamento, dentre eles: a articulação entre diferentes serviços, a racionalidade para a condução de melhores práticas e a adoção do melhor resultado para o paciente como um valor.

Apesar dos limites inerentes à consideração do uso de serviços como medida de acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), são achados indicativos da ampliação do acesso ao transplante renal na região, a partir da iniciativa estudada, não somente o aumento na frequência de transplantes realizados, como também o aumento da distância média dos centros dialíticos/local de moradia dos pacientes para o centro transplantador. A distância geográfica entre centros de diálise e centro transplantador é um reconhecido obstáculo à avaliação e inclusão do paciente em lista (MEDINA-PESTANA et al., 2011; ABTO, 2017). Coorte que acompanhou pacientes inscritos durante cinco anos no próprio estado de Minas Gerais, por exemplo, evidenciou que grande parte desses pacientes (40,0%) estava vinculada ao mesmo centro transplantador (MACHADO et al., 2012). Se não totalmente superado, o obstáculo imposto pela distância geográfica certamente foi reduzido.

Este estudo ainda sugere que os pacientes transplantados após a intervenção tiveram tempo em diálise consideravelmente menor, com valores mantidos abaixo da média esperada até o fim do período de observação, indicando a inclusão mais precoce e oportuna dos pacientes em lista. O achado emergiu da apresentação do indicador em gráfico de controle estatístico. Deve-se sublinhar, entretanto, o grande número de dados faltantes sobre a data de início do tratamento dialítico entre os pacientes transplantados no período anterior à implementação da iniciativa, que provavelmente explica a ausência de significância estatística do indicador nos dois períodos pelas estatísticas tradicionais.

Mudanças positivas alcançadas com a intervenção certamente relacionam-se ao mecanismo de articulação dos serviços envolvidos. A falta de integração entre os centros de diálise e o centro transplantador foi um incômodo identificado entre os implementadores a partir das entrevistas e, na expectativa de superá-lo, diferentes componentes foram contemplados na intervenção: prontuário compartilhado, visitas do centro transplantador aos centros de diálise, aquisição de laboratório e manutenção de exames atualizados. Mendes (2011) afirma que condições crônicas não podem ser respondidas com qualidade - o que inclui eficiência e efetividade - por sistemas de saúde organizados de forma fragmentada.

A proposta de integração da atenção à saúde vem sendo discutida ao longo dos anos, sendo o seu impacto positivo cada vez mais reconhecido. Sua primeira abordagem foi em 1920 (DAWSON, 1964), mas em anos recentes, revisitas a esse conceito têm sido recorrentes. Em menção à fragmentação vigente, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América, em 2001, considerou que o sistema de saúde estadunidense, tal como estava organizado, não era passível de ser melhorado e de prestar um cuidado com qualidade (INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.), 2001). Segundo o relatório publicado pelo Instituto (INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.), 2001), mudanças deviam promover a transformação do um sistema fragmentado - no qual os processos de atenção estão pobremente desenhados, faltam informações clínicas e os serviços são desnecessariamente duplicados - para um sistema que usasse intensamente a tecnologia da informação, eliminasse os registros clínicos feitos à mão, coordenasse a atenção ao longo da rede, incentivasse o trabalho multidisciplinar e monitorasse os processos e resultados do sistema. Em 2010, o apoio a sistemas de saúde mais integrados também foi ratificado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2010). No Brasil, a integralidade da atenção, voltada à prestação continuada do conjunto de ações e serviços, é um dos princípios do sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) (BRASIL, 1990). Além de contarmos, ainda, no país, com as diretrizes de

municipalização e regionalização, que incentivam a organização e articulação dos serviços em nível local (BRASIL, 2011). A operacionalização desses princípios, contudo, termina por envolver, em muitos casos, a capacidade de aplicabilidade e operacionalização por cada serviço.

A utilização do prontuário eletrônico compartilhado pelos centros de diálise e transplantador, descrita como um dos elementos da intervenção, foi ao encontro desses ideais e contribuiu com a operacionalização do alinhamento entre os diferentes serviços. O mecanismo de articulação/integração, implícito em diferentes componentes e ações da iniciativa, foi responsável por favorecer o encaminhamento oportuno para avaliação do paciente renal crônico, com condições clínicas ainda favoráveis ao transplante, algo determinante, porém nem sempre possível. Nos Estados Unidos, por exemplo, somente em 2016, 4.411 pacientes foram removidos da lista de espera para transplante devido à deterioração da sua saúde e 4.830 foram a óbito enquanto aguardavam (HART et al., 2018).

A adoção de diferentes medidas como essa, de compartilhamento do prontuário eletrônico, foi fundamental a essa iniciativa. Contudo, diante da reconhecida diversidade e variabilidade no desenvolvimento dos diferentes serviços e regiões no território nacional, vale destacar como elemento central na descrição dessa iniciativa o mecanismo de articulação entre os serviços, presente implicitamente por trás dos componentes identificados. A compreensão deste mecanismo de mudança, assim como dos demais identificados neste estudo, pode possibilitar que iniciativas semelhantes sejam disseminadas em outros cenários, na medida em que mesmo que não sejam adotadas as mesmas estratégias técnicas, possam ser operacionalizadas ações pautadas na mesma intencionalidade, dentro da realidade individual de cada serviço.

Outro obstáculo enfrentado a partir da articulação entre os serviços foi a influência de questões sociais no acesso ao transplante, decorrente da variação na necessidade percebida pelo indivíduo quanto às possibilidades de tratamento da doença (PINHEIRO; ESCOSTEGUY; PORTELA, 2018). Anteriormente à implementação da iniciativa estudada, a maioria dos transplantes era realizada com doadores vivos, o que provavelmente era influenciado pela demanda da população socialmente mais favorecida e culturalmente esclarecida, que predominantemente acessava o centro transplantador com mais facilidade. Contudo, a partir da intervenção, o perfil dos transplantes realizados mudou, passando a ser maioria, os transplantes realizados com doadores falecidos, o que indica a ampliação do acesso ao restante da população. Também foi destaque nesse sentido, a diminuição no tempo

em diálise mais acentuada entre os transplantados com doadores falecidos, o que sugere que esse tratamento passou a ser mais oportuno. Desse modo, foi possível observar que as ações para encaminhamento precoce dos pacientes do centro de diálise para o transplantador e sua manutenção em lista exerceram efeitos positivos sobre a qualidade do cuidado prestado.

O aumento no número de transplantes com doador falecido, comparado com a frequência de transplantes realizados com doadores vivos, tem grande relação com o aumento proporcional de pacientes avaliados para esse tipo de transplante e inscritos na lista de espera. Mas, certamente, também interferiu nessa mudança, a reestruturação da CIHDOTT, outro componente da iniciativa identificado. É possível apreender que, como em uma cadeia, todos os componentes dessa iniciativa são importantes, mas não seriam capazes de atuar isoladamente causando os efeitos de ampliação do acesso e efetividade observados. Em estudo que comparou o acesso à lista de espera em duas regiões distintas na França, foi revelado que o acesso à lista não é suficiente para a ampliação do acesso ao transplante, sendo também determinante a disponibilidade de órgãos para transplante (LEFORT et al., 2016).

A interferência de uma comissão mais organizada na capacidade de captação de órgãos também tem sido descrita em outros trabalhos (MEDINA-PESTANA et al., 2011), sendo a contribuição desse setor apontada como determinante na efetivação de transplantes. Movimentos como esses, que envolvem ações para a efetivação de potenciais doadores, têm sido mais frequentes no Brasil. De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO, 2017), o número de doadores efetivos cresceu de 9,9 pmp para 16,7 pmp de 2010 a 2017, contudo ainda permanece isolado em algumas poucas regiões e distante dos 30 pmp normalmente registrados por Portugal e Espanha (MEDINA-PESTANA et al., 2011), o que reforça a necessidade de atividades nesse sentido também em outros locais do Brasil.

Uma intervenção conduzida na França, também voltada para ampliação do acesso ao transplante, conseguiu alcançar diminuição expressiva no tempo de espera para transplante de pulmão através da adoção de critérios menos rígidos à aceitação dos órgãos (DANNER-BOUCHER et al., 2018). Apesar de não ter sido abordado pelos implementadores nas entrevistas, esse aspecto pode ter sido, de alguma forma, considerado na iniciativa estudada. Em trabalho conduzido no centro transplantador (ALVEZ et al., 2018), o transplante de rins de critério expandido (com KDPI – *Kidney Donor Profile Index* - maior ou igual a 85) foi considerado uma alternativa válida para diminuição da disparidade entre a demanda por transplante e a oferta, com conclusões pautadas na identificação de sobrevida maior entre os transplantados nessas condições que entre os pacientes que permaneciam em lista de espera.

Viabilizaram o aumento da captação de órgãos, a partir da intervenção em pauta, a adoção de protocolos e a padronização de processos assistenciais para a identificação e manutenção do potencial doador, além da abordagem adequada à família por uma equipe específica. Apesar dessas ações não terem sido muito realçadas pelos implementadores durante as entrevistas, esses elementos foram reconhecidos como parte da intervenção por participantes dos diferentes grupos entrevistados. A partir das diferentes abordagens, foi possível identificar que a racionalidade para a condução de melhores práticas foi o mecanismo implícito à efetivação dos elementos mencionados. Tal racionalidade aponta no sentido da tomada de decisões amparada em evidência científica atual, sem, contudo, desconsiderar a experiência clínica do profissional e a escolha dos pacientes e familiares (SACKET et al., 1996). A redução de variações em processos ilustradas em gráficos de controle estatístico evidencia a adoção de práticas mais padronizadas na unidade.

A racionalidade para a condução de melhores práticas foi um mecanismo que também amparou ações voltadas para a reestruturação do centro transplantador, na medida em que foram contemplados elementos que visavam direcionamento de condutas a partir da análise e discussão racional de resultados do, e pelo, próprio serviço. Para alguns autores (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2009), a incorporação de um processo para avaliação dos próprios resultados de modo permanente é essencial por expressar o compromisso continuado em atingir melhores índices de qualidade em conformidade com sua própria estrutura e dinâmica. Assim, o serviço de epidemiologia implementado pela iniciativa visava incorporar técnicas epidemiológicas e aplicá-las em serviço com o intuito de investigar e analisar sistematicamente a situação de saúde da população atendida, com a utilização desses dados para o direcionamento de condutas. A observação de melhorias a partir da implementação de indicadores de desempenho em intervenção também voltada ao cuidado do paciente renal foi observada na Austrália (TOUSSAINT et al., 2015), onde também interferiram na utilização o entusiasmo e a boa vontade dos profissionais.

A melhor ordenação do processo assistencial dentro da unidade de transplante, com a adoção de protocolos assistenciais constantemente atualizados, além de fundamentados nos próprios resultados, certamente foi um dos aspectos determinantes à maior efetividade do tratamento, que se reflete no aumento da sobrevida dos pacientes e diminuição das internações em UTI. A perseguição por um tratamento mais efetivo, com adoção de diferentes condutas que possibilitassem trabalho em equipe interdisciplinar nos momentos pré, peri e pós transplante, com acompanhamento continuado, foram alguns dos aspectos que revelaram

que o melhor resultado para o paciente constituía o principal valor para os profissionais envolvidos.

Em sistemas e serviços de saúde, têm sido discutido valores preponderantes. Apesar de compreensões variadas, a percepção de que importam a centralidade no paciente - com consideração dos seus interesses e valores - e a melhoria de resultados clínicos é cada vez maior. Tal percepção coaduna-se com a ideia de que, além de mais efetivo, o cuidado voltado para o não agravamento e agudizações é menos oneroso (ØVRETVEIT; TRAVASSOS; SOUSA, 2015). A atenção integral, desde o encaminhamento precoce ao transplante e sua maior viabilidade relacionada à organização do serviço, até o acompanhamento continuado posterior, melhora os resultados clínicos e econômicos dos sistemas de atenção à saúde e, consequentemente, possibilita que maior valor seja agregado a esse paciente. Em ensaio randomizado realizado com portadores de diabetes, por exemplo, foi observado que o grupo que recebeu atenção integrada obteve melhores resultados que os que foram manejados de forma fragmentada (POLONSKY et al., 2003).

Discutindo de forma mais aprofundada a já relatada melhoria dos índices de sobrevida, foi possível perceber que essa melhoria aproximou os resultados do centro transplantador aos melhores resultados possíveis esperados, descritos pela literatura. A sobrevida de receptores de doadores vivos de 95,1% em um ano se assemelha à reportada pelo Registro Brasileiro de Transplantes de 2017 e (ABTO, 2017) e aos dados americanos do OPTN & SRTR (HART et al., 2018). Todavia, apesar da melhora observada ao longo do estudo, a sobrevida em três anos para vivos de 91,4% está um pouco abaixo da observada nesses relatórios, que apresentam valores acima de 95% (ABTO, 2017; HART et al., 2018). O mesmo acontece para receptores de falecidos. Apesar da significativa melhoria observada no centro estudado, os registros nacionais e internacionais descrevem índices superiores, acima de 80% (ABTO, 2017) e 90% (HART et al., 2018). Contudo, os resultados apresentados por esses relatórios podem ser considerados tendenciosos, uma vez que não estão contempladas todas as equipes transplantadoras, mas apenas as que informam 100% dos seus resultados, o que corresponde a uma análise de apenas 79% dos transplantes realizados no Brasil e 46% das equipes (ABTO, 2017), provavelmente as mais envolvidas com a busca por melhoria.

Na análise das diferenças entre a sobrevida nos períodos anterior e posterior à implementação, deve-se também considerar que esses dois grupos apresentaram algumas diferenças, as quais, todavia, são pouco prováveis de explicar a melhoria observada pós intervenção. Os pacientes transplantados no período anterior à intervenção eram mais jovens e

não tinham a causa da DRC determinada, destacando-se que a melhor qualidade dos registros em si foi um ganho após a implementação da iniciativa.

Apesar de os pacientes transplantados serem significativamente mais velhos após a implementação da iniciativa, a frequência de óbitos durante a internação do procedimento também diminuiu. A sobrevida do enxerto, por outro lado, não apresentou diminuição expressiva, não sendo observada significância estatística nessa diminuição, o que pode ser explicado pelas perdas subestimadas no período anterior à intervenção, quando os pacientes eram facilmente perdidos no seguimento, e as complicações não eram identificadas. Ainda assim, os dados encontrados relativos à sobrevida do enxerto por tipo de doador após a implementação da iniciativa são semelhantes à literatura: 98,1% e 93,8% em um ano após o transplante para transplantados de doadores vivos e falecidos, respectivamente; e em três anos, de 97,1% para receptores de doadores vivos e 81,5% para receptores de doadores falecidos (ABTO, 2017; HART et al., 2018).

Assim como os mecanismos de mudança interferiram na implementação da iniciativa e nos seus efeitos, também exerceram influência os aspectos contextuais identificados. A importância de fatores contextuais também foi reconhecida (HAMODA et al., 2018) na implementação de uma intervenção multifacetada, no estado norte-americano da Geórgia, com estratégias de educação com vistas a reduzir as disparidades raciais no acesso ao transplante (PATZER et al., 2017).

O movimento institucional pela mudança foi o primeiro aspecto contextual identificado e que parece ter sido fundamental para que a iniciativa pudesse ser implementada. O movimento institucional pela mudança foi possibilitado pela presença de uma liderança que, por almejar mudanças diversas na organização, viabilizou a abertura para a participação de profissionais médicos na perseguição de soluções para problemas da prática cotidiana, favorecendo a troca de conhecimentos e o aprendizado organizacional.

O ambiente organizacional de apoio possibilitado pela nova liderança institucional, identificado a partir das entrevistas, pode ser considerado fundamental em qualquer implementação. A importância desse apoio se justifica porque, sabidamente, o comportamento dos indivíduos será influenciado por suas percepções acerca do ambiente social, favorável ou não (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000). Esse ambiente, portanto, pode ser muito determinante ao engajamento dos indivíduos, tanto na participação de discussões, quanto na adoção de novas rotinas. Diferentes fatores podem influenciar a conformação desse ambiente de apoio, sendo que, na iniciativa estudada a liderança esteve

fortemente relacionada com o seu delineamento. Foi observado que a postura dessa liderança na organização acompanha a tendência mais atual, de distanciamento com a autoridade formal, viabilizando maior participação, aumento na educação e troca de conhecimentos para mudanças de rumo guiadas pelo envolvimento, em detrimento da exigência e ordenação (ØVRETVEIT, 2005).

O movimento institucional pela mudança, determinado pela presença dessa liderança que propiciou abertura para envolvimento e participação de profissionais engajados, foi um aspecto facilitador à implementação da intervenção na unidade de transplante. A influência positiva da liderança também já foi descrita em outros estudos. Em um caso descrito em 2018, na NEJM Catalyst (TOUSSAINT; EHRLICH, 2018), por exemplo, foi retratado que os problemas institucionais passaram a ser melhor gerenciados de forma participativa, quando cinco qualidades essenciais ao bom líder passaram a ser levadas em conta - vontade, humildade, curiosidade, perseverança e disciplina - impactando em cuidados de mais qualidade e redução de custos.

A liderança também foi identificada como determinante dentro do espaço específico da unidade de transplante. Dentro do microssistema foi evidenciado seu caráter transformacional através da sua capacidade de inspirar os demais profissionais atuantes e proporcionar mudança comportamental pela valorização da obra coletiva. Aguçado pela liderança, o senso de comunidade e o sentimento de pertencimento alcançados dentro da unidade foram possibilitados pela sintonia entre os profissionais, o que caracterizou o verdadeiro trabalho em equipe dentro do microssistema. Na unidade, as pessoas passaram a respeitar a atividade do outro e a atuar de forma integrada a partir do reconhecimento do papel de cada um no conjunto da obra.

O trabalho em equipe é, sabidamente, essencial a qualquer atividade de melhoria da qualidade, sendo a identificação da sua importância algo recorrente. Contudo, na grande maioria das vezes, o que se observa, são equipes que não atuam verdadeiramente como tal, mas de forma fragmentada. Diferentes pesquisas sugerem que equipes mais coesas estão associadas com melhores resultados clínicos e satisfação do paciente (FRIEDMAN; BERGER, 2004; WEST et al., 2002), sendo que equipes mais efetivas demonstram boa relação interpessoal e habilidades de comunicação (MILLS; WEEKS, 2004).

A vitalidade proporcionada pela liderança, capaz de impulsionar a mudança de comportamento, pode ser observada em estudo sobre o comportamento humano. Em trabalho que procurou identificar o que determina a atitude das pessoas, foi revelado que a

correspondência entre a predisposição à ação e a ação em si será maior quanto maior o interesse pessoal sobre o assunto (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000), ou seja, foi evidenciado que a mudança de comportamento acontecerá, de fato, somente quando a mudança pretendida pelo líder estiver alinhada com o interesse de cada profissional envolvido. Na unidade de transplante, a partir das entrevistas, foi possível perceber que o interesse em mudar, adotando novas rotinas e condutas, parece ter residido no reconhecimento sobre a importância do próprio trabalho. Tal reconhecimento, na iniciativa, esteve muito amparado na atividade rotineira de discussão dos resultados alcançados.

A discussão dos resultados tem a capacidade de incitar em cada indivíduo a percepção sobre a diferença positiva que ele produz na vida das pessoas, além de possibilitar aprendizado organizacional a partir de discussões participativas, impulsionando modificações nos comportamentos a partir de novos conhecimentos e percepções (GARVIN, 1993). Em estudo conduzido em 15 organizações, na Inglaterra, foi evidenciado que o uso de dados para a melhoria da qualidade, em detrimento da utilização voltada exclusivamente a essa comprovação, é um diferencial de instituições mais maduras, ao contrário das que não têm resultados claramente apresentados e não os relacionam com ações de melhoria (JONES et al., 2017). Envolvendo liderança, trabalho em equipe e aprendizado organizacional, o sentimento de pertencimento proporcionado pelo senso de comunidade na unidade de transplante foi um grande facilitador à implementação da intervenção.

O sentimento de pertencimento, contudo, foi algo marcante na unidade de transplante, mas destoante do restante do hospital, segundo falas dos entrevistados. Nas falas dos profissionais atuantes em outras áreas, sobressaíram-se percepções imbuídas do sentimento de pressão e medo de inspeções. A acreditação era um anseio da instituição e também partiu do movimento por mudanças trazido pela nova presidência, entretanto, colocou tensões ao competir com diferentes interesses organizacionais internos. A busca por acreditação é compatível com expectativas do hospital de diferenciação no mercado concorrencial, onde o ambiente externo deve ser levado em conta para a manutenção do próprio negócio (NETO; MALIK, 2016). Há evidência na literatura de que as ações trazidas com a busca pela acreditação podem promover mudanças em direção a melhorias (ABDULLAH; SHAW, 2011; BRAITHWAITE et al., 2012; DEVKARAN; O'FARRELL, 2015). Contudo, é inegável que também despertam conflitos de interesses, sendo fundamental como a organização se posiciona frente às mudanças exigidas para que o título seja alcançado.

O movimento por mudança na organização envolveu não somente a unidade de transplante, mas perpassou diferentes espaços, iniciativas e lideranças. As ações pela busca por acreditação, implementadas no mesmo cenário, foram caracterizadas como impositivas, segundo as declarações de diferentes participantes. A percepção de imposição pode ter advindo de treinamentos mais centrados no fazer do que no motivo para fazer ou conduzidos por alguém sem afinidade e familiaridade com o profissional assistencial; e avaliações contínuas em uma instituição centenária, onde o comodismo parecia reinar. Esses fatores conduziram aos sentimentos de pressão e medo, comuns onde ocorrem as chamadas regulações avaliativas, que pouco contribuem para o trabalho e melhoria (SHORTELL; BENNETT; BYCK, 1998).

A melhoria contínua da qualidade ocorre a partir da identificação de oportunidades de melhoria, calcada na preocupação em aprender e cooperar, em contraposição à censura. A diferença entre melhoria contínua da qualidade e regulação avaliativa, contudo, reside na postura da organização. Na primeira, a organização faz uso de processos cognitivos, enquanto na outra, se comporta de forma mais imatura e irracional, deixando que profissionais despreparados captem apenas o lado da inspeção, desperdiçando o aprendizado (SHORTELL; BENNETT; BYCK, 1998). Segundo Berwick, o medo pela abordagem disciplinar envenena a melhoria da qualidade, pois inevitavelmente leva ao descontentamento, à distorção da informação e à perda da chance de aprender (BERWICK, 1989).

Dentro da unidade de transplante esse parece ter sido um desafio superado pela capacidade de alinhamento de interesses em prol do paciente. O senso de comunidade e a rede constituída, além da presença de uma liderança transformacional, favoreceram, na unidade, a compreensão de que a incorporação de todas as novas condutas visava beneficiar o paciente. O estudo possibilitou apreender que mudanças vazias de significado, ou com significado distorcido, não redundam em melhorias sustentáveis. A distorção de significado decorre, em geral, da falta de compreensão dos profissionais da linha de frente sobre os motivos que embasam novas condutas, que deixam de ver sentido nelas e, frequentemente, percebem nelas conflitos com os seus próprios interesses. Essa falta de compreensão é, de certa forma, determinada por postura da própria organização, que comumente opta pelo não envolvimento dos profissionais da assistência direta ao paciente no desenho das mudanças, chegando até eles somente as imposições pela sua incorporação e as pressões pela conduta adequada frente às avaliações. Essa, no entanto, parece ser a realidade observada em diversas organizações. Em revisão sistemática de estudos qualitativos sobre as características das organizações em

busca de melhoria, foi evidenciado que a falta de uma missão coesa dentro das instituições, com conflitos de interesses entre os diferentes profissionais, constitui uma peculiaridade comum, presente em diferentes cenários (VAUGHN et al., 2019).

Vale ainda o registro de que, mesmo com os avanços alcançados, proporcionados pela capacidade de alinhar interesses, a pressão e medo destacados pelos atuantes nas outras partes da organização tiveram algum impacto na unidade de transplante. Sabendo-se que a implementação de múltiplos programas de melhoria dentro de um mesmo ambiente é cada vez mais comum, é importante se atentar para os condicionantes que as interações desses programas e contexto podem produzir.

Em termos do contexto geral da organização, não se pode deixar de sublinhar o papel complicador do conservadorismo vigente, associado à presença de atores que, em seus cargos e funções, terminaram constituindo forças impeditivas, devido à disputa pelo poder, ou simplesmente pela resistência em mudar. O conflito pelo poder pode ser muito prejudicial à organização por impedir seu crescimento a partir do aprendizado com o outro. Prejudica a sintonia necessária ao bem coletivo, pode culminar no desmonte dos avanços alcançados e na falta de gestão, constituindo uma causa importante de falência em qualquer tentativa de melhoria (ØVRETVEIT, 2005). Humildade pode ser determinante na condução bem sucedida de mudanças (COLLINS, 2005).

Com relação à iniciativa focada no estudo, o principal conflito de poder envolveu as novas e antigas lideranças institucionais. As novas, representadas pelas lideranças médicas da unidade de transplante, atuantes pela abertura proporcionada pela nova Diretoria do Conselho - também médica - e, as antigas, representadas pela Gestão Executiva hospitalar atuante exclusivamente até então. Contudo, reconhecendo os efeitos positivos alcançados, faz-se relevante refletir sobre os benefícios de uma equipe atuante de forma horizontal, capaz de romper modelos verticalizados e centralizadores em benefício do paciente. Em contraponto, é ainda válido retomar as desvantagens de uma abordagem mais impositiva, como parece ter ocorrido fora do espaço da unidade de transplante. Sem a menor intenção de defender qualquer subordinação aos profissionais médicos, mas a favor de uma equipe atuante de forma igualitária, é importante considerar que abordagens participativas, com a criação de programas considerados úteis e relevantes por toda a equipe, podem enfatizar a cooperação e normas de reciprocidade, além de contribuir para a manutenção da nova atividade em longo prazo, como parece ter ocorrido de forma isolada dentro da unidade de transplante.

Pontos fortes e limitações do estudo

O esforço em torno da compreensão de iniciativas voltadas para a melhoria do cuidado de saúde de forma sistemática, buscando construir conhecimento sobre como, porque e sob que condições contextuais elas funcionam (ou não funcionam), é ainda pouco empreendido e reconhecido no campo científico, ao mesmo tempo que desafiante. Este trabalho constitui-se em um exemplo, focado em uma intervenção multifacetada sobre o relevante problema de acesso e efetividade ao transplante renal, que, utilizando métodos mistos, objetivou medir os efeitos produzidos e sistematizar os componentes e mecanismos de mudança envolvidos, assim como o papel desempenhado pelo contexto.

Ainda que a iniciativa pudesse não ter produzido resultados positivos, não deixa de ser interessante que o estudo tenha identificado mudanças no sentido desejado do acesso e efetividade do transplante renal. Em si, os resultados do seu componente quantitativo apontam para uma iniciativa bem-sucedida e sustentável, com potencial de obter bons resultados em outros locais. Por sua vez, a representação visual dos componentes e mecanismos de mudança da iniciativa no diagrama de direcionadores sistematizado, favorece a consideração da sua incorporação integral ou parcial em outros serviços em outros contextos.

Também se considera merecedora de destaque nesta tese na área da Saúde Pública, a opção pelo emprego dos gráficos de controle estatístico para a observação dos efeitos da intervenção. Amplamente utilizados no monitoramento de esforços de melhoria da qualidade na indústria e, mais recentemente, na Saúde, são menos familiares na área. Mas, além de oferecerem a facilidade de apreensão visual das mudanças observadas ao longo do tempo, constituem um método que conta com o mesmo rigor dos métodos estatísticos tradicionais, mas que pode ser usado por amostras menores (BENNEYAN; LLOYD; PLSEK, 2003). Por esse método, observações concretas podem ser obtidas com menor retardo de tempo - ocasionado pela demora no acúmulo de dados para análises estatísticas clássicas que tenham poder e terminam por limitar o direcionamento de ações para melhoria.

A literatura aponta diferentes regras para a análise de causa especial de variação nesses gráficos. Nesse estudo, essas análises foram orientadas pelas diretrizes mais amplamente recomendadas atualmente (MOHAMMED; WORTHINGTON; WOODALL, 2008). Sobre o número de pontos de dados observados nos gráficos, apesar de não haver uma norma explícita sobre a quantidade necessária, sabe-se que quanto mais observações, maior a confiabilidade das análises (WHEELER; CHAMBERS, 1992). Sendo assim, a observação trimestral dos dados nos gráficos de controle estatístico em cinco anos anteriores e cinco posteriores à

implementação permitem confiabilidade às análises. Enfim, é um ponto forte deste trabalho o esforço de sistematização de fatores contextuais vigentes na implementação da iniciativa, que informam sobre fatores facilitadores e barreiras ao seu sucesso.

Este estudo possui limites relativos à indisponibilidade de dados por incompletude dos prontuários, especialmente no período anterior à intervenção, o que, ao mesmo tempo, aponta para uma evolução positiva da qualidade dos registros na unidade de transplante ao longo do tempo. De qualquer forma, avalia-se que tais limites não chegaram a comprometer as análises realizadas, tendo sido possível capturar situações especiais de variação mesmo no caso da variável “tempo em diálise”, a mais afetada.

Outra limitação desse estudo refere-se à utilização de única fonte de dados para seu componente qualitativo. Contudo, mesmo como única fonte, a utilização de entrevistas permitiu a representação de todo o cenário onde se inseriu a iniciativa, sendo levadas em consideração, além das informações fornecidas pelos implementadores, as fornecidas por representantes do macrossistema - representando toda a organização - e microssistema - representando os profissionais prestadores de assistência direta aos pacientes. Apesar de a inclusão dos participantes não ter sido pautada na observação quanto à saturação dos dados, considera-se que novas abordagens não seriam identificadas com a inclusão de outros profissionais justamente por terem sido incluídos profissionais de diferentes estratos da organização.

Por tratar-se de um estudo retrospectivo em que a única fonte de dados foi a entrevista com os profissionais, outra limitação pode relacionar-se ao viés de memória, quando alguns aspectos podem ter sido minimizados ou maximizados pelos participantes. Por outro lado, este estudo retrospectivo pode ter propiciado uma nova reflexão sobre o processo de trabalho que foi desenvolvido naquele serviço, possibilitando, por si só, novos aprendizados e a retomada de condutas anteriormente deixadas de lado. Ao mesmo tempo, a inclusão de diferentes profissionais pode ter possibilitado que fossem levantadas, e retomadas, diferentes perspectivas, o que também pode constituir um ponto forte do estudo, que de forma diferente do que é comumente observado, não incluiu apenas enfermeiros e médicos.

A não realização de entrevistas com profissionais - atuantes diretamente no cuidado - que fazem parte do ambulatório para acompanhamento pré e pós transplante e dos centros de diálise, que compõem a intervenção, pode ser outro limite. A identificação desses espaços como parte da intervenção decorreu a partir das próprias entrevistas e, portanto, quando o

estudo já havia sido iniciado. Contudo, ressalta-se que caso houvesse interferência contextual, positiva ou negativa, desses cenários, isso teria sido emergido com as falas dos entrevistados.

7 CONCLUSÕES E LIÇÕES APRENDIDAS

A iniciativa para melhoria da qualidade do cuidado ao paciente renal crônico atingiu seus objetivos de ampliação do acesso e efetividade desse tratamento. Contribuíram no atingimento desses objetivos, os diferentes componentes identificados e os mecanismos de mudança para articulação entre centros de diálise e centro transplantador, racionalidade para a condução de melhores práticas e adoção do melhor resultado para o paciente como um valor. Como, de uma maneira geral, iniciativas de melhoria são tomadas sem que seus elementos sejam claramente explicitados, a sistematização dessa iniciativa através do diagrama direcionador pode ser de grande valia aos que almejam alcançar objetivos semelhantes. Serve, ainda, como incentivo para que esforços de sistematização sejam reconhecidos.

Ainda contribuindo para a possível disseminação da iniciativa, foram identificados fatores contextuais que de alguma forma afetaram o sucesso da intervenção: movimento institucional pela mudança, sentimento de pertencimento proporcionado pelo senso de comunidade, desamparo profissional aliado a pressões por inspeção e medo, capacidade de alinhar interesses em prol do paciente e falta de integração movida pelo conservadorismo institucional. A intervenção desenvolvida é passível de aplicação em outros cenários, sendo a compreensão sobre o seu funcionamento e interações com o contexto fundamental para a sua disseminação.

A identificação desses aspectos e de suas características mais marcantes também pode possibilitar mudanças de conduta nas trajetórias de organizações na medida em que proporcionam diferentes aprendizados.

No contexto da iniciativa focada neste estudo, o posicionamento de diferentes profissionais foi fundamental à sua implementação e diferentes lições podem ser destacadas:

- A liderança institucional, mesmo em nível mais macro, quando aberta e capaz de ouvir pode ser um diferencial positivo por viabilizar que problemas da realidade cotidiana sejam levantados pelos mais diretamente envolvidos no cuidado prestado;
- O clima institucional favorável a novas intervenções e mudanças é fundamental, e sua existência pode ser propiciada pela clareza no direcionamento apontado pela liderança. Na iniciativa focada neste estudo, o reconhecimento externo almejado com a busca pela acreditação parece ter sido um ponto de partida para mudanças organizacionais mais amplas;

- A liderança no espaço menor, dentro da organização, também se mostrou fundamental. O destaque desse ator esteve relacionado à sua capacidade de valorizar a atuação e participação de cada profissional dentro desse espaço, enquanto membro de uma equipe e corresponsável pela obra coletiva;
- A atuação da liderança também foi central ao motivar novas práticas a partir da explicitação sobre as razões para a mudança, proporcionando compreensão e inspiração a partir da centralidade no paciente;
- O enfoque na centralidade do paciente, por estar alinhado ao objetivo profissional, favoreceu a mobilização e propiciou o compartilhamento de valores dentro desse espaço. Na iniciativa focada, a centralidade no paciente e esse compartilhamento funcionaram como um motor que possibilitou a incorporação de novas condutas e o diferencial da unidade;
- Apesar do clima favorável a mudanças, o conflito pelo poder pode estar presente e constituir uma barreira. Na iniciativa focada, residuiu na disputa entre gestores com cargos tradicionalmente ocupados e novas lideranças;
- Além do conflito pelo poder, a resistência à mudança também constituiu um obstáculo a ser superado, pautado no desconhecimento, ou no comodismo;
- Os objetivos de melhoria pretendidos podem ser distorcidos pela exacerbação de demandas externas e da competitividade, originando desamparo, pressão e medo pela falta de compreensão e distanciamento com as mudanças pretendidas.

De maneira geral, foi possível perceber que a busca pela acreditação funcionou como um impulsionador à mudança, mas o principal determinante dos benefícios entregues aos pacientes relacionou-se à postura da organização, o que esteve diretamente relacionado às condutas e atitudes das lideranças refletidas nos profissionais da ponta.

Conclui-se, portanto, que mudanças positivas significativas podem ser promovidas em microsistemas do cuidado inseridos em ambientes mais amplos menos favoráveis. Sendo assim, ressalta-se a possibilidade de uma caminhada, no sentido de mudanças para melhoria, pelas organizações, mais lenta e gradual, porém mais real e sustentável.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, A.; SHAW, C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. **Annals of Saudi Medicine**, v. 31, n. 4, p. 407-416, 2011.
- ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2005-2012)**. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XVIII, n. 4, 2012.
- ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015)**. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XXI, n. 4, 2015.
- ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017)**. Registro Brasileiro de Transplantes. Ano XXIII, n. 4, 2017.
- ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Manual de Transplante Renal**. São Paulo: ABTO, 2003.
- ALLEN, F.; KRAFT, C. **The organizational unconscious: how to create the corporate culture you want and need**. EnglewoodCliffs, N.J.: Prentice Hall, 1982.
- ALVES, K. **Impacto da gestão da qualidade no desempenho de organizações hospitalares na região metropolitana de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola Nacional de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2015.
- ALVEZ, E. L. et al. **Comparação da sobrevida de transplantes com KDPI $\geq$ 85% com pacientes que permaneceram na lista de espera do transplante renal**. Pôster em congresso apresentado em Congresso Brasileiro de Nefrologia. Rio de Janeiro, set. 2018. Disponível em <<https://sbn.org.br/confira-os-resumos-do-xxix-congresso-brasileiro-de-nefrologia/>>.
- Acessoem: 07 abr. 2019.
- BENNETT, B.; PROVOST, L. What's your theory? Driver diagram serves a tool for building and testing theories for improvement. **Quality Progress**, 2015.

BENNEYAN, J.C.; LLOYD, R.C.; PLSEK, P.E. Statistical process control as a tool for research and healthcare improvement. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, p. 458-64, 2003.

BERWICK, D. M. Continuous improvement as an ideal in health care. **The New England Journal of Medicine**, v. 320, n. 1, p. 53-56, 1989.

BERWICK, D. M. The science of improvement. **Jama**, v.299, n.10, Mar 12, p.1182-4, 2008.

BOSK, C. L. et al. Reality check for checklists. **Lancet**, v.374, n.9688, Aug 08, p.444-5, 2009.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. **O ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia**. Petrópolis, RJ: EditoraVozes, 1999.

BRAITHWAITE, J. et al. Comparison of health service accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. **International Journal of Quality in Health Care**, v. 24, n. 6, p. 568-77, 2012.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 1990.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Adscrição e população dos municípios por macrorregião e microrregião de saúde. Estimativa IBGE/TCU. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde, 2011.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

BRASIL. Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2009. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde**. Departamento de Atenção Especializada e Temática, p. 37. 2014.

BROWN, A. **Organizational culture**. Londres: Pitman, 1995.

CALDAS, B.N. **Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais públicos: uma avaliação qualitativa**. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. **Implementation Science**, v. 7, n. 1, p. 37, 2012.

CAREY, R.G. **Improving healthcare with control charts**. Basic and advanced SPC methods and case studies. American Society for Quality. Wisconsin: Quality Press, 2003.

CHASSIN, M. R.; GALVIN, R. W. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **Jama**, v.280, n.11, Sep 16, p.1000-5, 1998.

CHERCHIGLIA, M.L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 639-49, 2010.

CLAUSSEL, N.O.; GONÇALVES, L.F.S.; VERONESE, F.J.V. **Manutenção de doadores de órgãos**. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2001.

COLLINS, J. Level 5 leadership: the triumph of humility and fierce resolve. **Harvard Business Review**, 2005.

COSTA, C.K.F.; NETO, G.B.; SAMPAIO, L.M.B. Eficiência dos estados brasileiros e do Distrito Federal no sistema público de transplante renal: uma análise usando método DEA (Análise Envoltória de Dados) e índice de Malmquist. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1667-1679, 2014.

CZYZEWSKI, L. et al. Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. **Annals of Transplantation**, vol. 19, p. 576-85, 2014.

DAMSCHRODER, L. J. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. **Implementation Science**, v.4, p.50, 2009.

DANNER-BOUCHER, I. et al. A quality improvement program to reduce the time on the lung transplant waiting list at the Nantes University Hospital. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 13, n. 11, 2018.

DAVIDOFF, F. et al. Demystifying theory and its use in improvement. **BMJ Quality & Safety**, v.24, n.3, Mar, p.228-38. 2015.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n°93, 1964.

DEAL, T.; KENNEDY, A. **Corporate cultures**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1982.

DEMING, W. E. **Out of the crisis**. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1982.

DEMING, W. E. **Quality, productivity, and competitive position**. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1982.

DENHAERYNCK, K. et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. **Transplant International**, v.18, n.10, Oct, p.1121-33, 2005.

DEVKARAN, S.; O'FARRELL, P. N. The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. **BMC Health Services Research**, v. 15, p. 137, 2015.

DIXON-WOODS, M. et al. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. **BMJ Quality & Safety**, v.23, n.2, Feb, p.106-15, 2014.

DIXON-WOODS, M. et al. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. **The Milbank Quarterly**, v.89, n.2, Jun, p.167-205, 2011.

DONALDSON, L. Conflict, power, negotiation. **BMJ**, v. 310, p. 104-107, 1995.

FIRTH-COZENS, J. Celebrating teamwork. **Quality in Health Care**, v. 7, p. S3-S7, 1998.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2009.

FOY, R. et al. The role of theory in research to develop and evaluate the implementation of patient safety practices. **BMJ Quality&Safety**, v.20, n.5, May, p.453-9, 2011.

FREGONESI, A. **Análise crítica da captação de órgãos para transplante na Organização de Procura de Órgãos da Universidade Estadual de Campinas**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2001.

FRIEDMAN, D. M.; BERGER, D. L. Improving team structure and communication. **Archives of Surgery**, v. 139, p. 1194-98, 2004.

GARCIA, G. et al. The global role of kidney transplantation. **Indian Journal of Nephrology**, v.25, n.1, Jan-Feb, p.1-6, 2012.

GARCIA, V.D. Vamos levando... **Registro Brasileiro de Transplantes**. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Ano XVII, n. 3, 2011.

GARVIN, D. A. Building a learning organization. **Harvard Business Review**, p. 78-91, 1993.

GIBBS, G. Codificação e categorização temáticas. In: GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2009.

GILLESPIE, A. et al. Conflicting community commitments: a dialogical analysis of a British woman's world war II diaries. **Journal of Community Psychology**, v. 36, n. 1, p. 35-52, 2008.

GOUVEIA, D.S.S. et al. Analysis of economic impact between the modalities of renal replacement therapy. **Brazilian Journal of Nephrology**, vol. 39, p. 162-71, 2017.

GREER, A. L. The state of the art versus state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 4. p. 5-26, 1988.

GRIMSHAW, J. M. et al. Is the involvement of opinion leaders in the implementation of research findings a feasible strategy? **Implementation Science**, v. 1, n. 3, 2006.

GROL, R. et al. Theories on implementation of change in healthcare. In: Grol R. et al. (EDS.). **Improving patient care: the implementation of change in health care**. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2013.

GROL, R. P. et al. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. **The Milbank Quarterly**, v.85, n.1, p.93-138, 2007.

GRUMBACH, M. D.; BODENHEIMER, T. Can health care teams improve primary care practice? **Journal of the American Medical Association**, v. 291, n. 10, p. 1246-51, 2004.

HAMER, R. A.; NAHAS A. M. E. The burden of chronic kidney disease. **BMJ**, v.332, n.7541, Mar 11, p.563-4, 2006.

HAMODA, R. E. et al. Process evaluation of the RaDIANT community study: a dialysis facility-level intervention to increase referral for kidney transplantation. **BMC Nephrology**, v. 19, n. 13, 2018.

HART, A. et al. OPTN/SRTR 2016 annual data report: kidney. **American Journal of Transplantation**, v. 18, n. 1, p. 18-113, 2018.

HATCH, M. **Organization theory**: modern, symbolic and postmodern perspectives. Oxford: Oxford University Press, 1997.

HEWITT, M.; SIMONE, J.V. (EDS.). Ensuring Quality Cancer Care, Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. **Quality First: Better Health Care for All Americans: Final Report to the President of the United States**. Washington: U.S. Government Printing Office, 1998.

HILL, N. R. et al. Global prevalence of chronic kidney disease - a systematic review and meta-analysis. **Plos One**, vol. 11, 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

JONES, L. et al. How do hospital boards govern for quality improvement? A mixed methods study of 15 organisations in England. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, p. 978-86, 2017.

JURAN, J. M. **Managerial breakthrough**. Nova York: McGraw-Hill, 1964.

KAHNEMAN, D. **Thinking, fast and slow**. Nova York: Farrar, Straus and Giroux. 2011.

KAPLAN, H. C. et al. The influence of context on quality improvement success in healthcare: a systematic review of the literature. **The Milbank Quarterly**, v.88, p.500-59, 2010.

KAPLAN, H. C. et al. The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. **BMJ Quality&Safety**, v.21, n.1, Jan, p.13-20, 2012.

KNAUTH, D.R.; LEAL, A.F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 50, p. 457-6, 2014.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. (EDS.). **To err is human: Building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LAFFEL, G.; BLUMENTHAL, D. The case for using industrial quality management science in health care organization. **Journal of the American Medical Association**, v. 262, p. 2869-73, 1989.

LÄHTEENMÄKI, S.; TOIVONEN, J.; MATTILA, M. Critical aspects of organizational learning research and proposals for its measurement. **British Journal of Management**, v. 12, p. 113-29, 2001.

LEFORT, M. et al. Facilitating access to the renal transplant waiting list does not increase the number of transplantations: comparative study of two French regions. **Clinical Kidney Journal**, v. 9, n. 6, p. 849-857, 2016.

LEVEY, A. S. et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). **KidneyInternational**, v.67, n.6, Jun, p.2089-100, 2005.

LUGO, J.R.; STROGOFF-DE-MATOS, J.P. Comparando custos da terapia renal substitutiva em uma cidade brasileira: motivação para melhorias nas nossas políticas de saúde. **Brazilian Journal of Nephrology**, vol. 39, n. 2, p. 106-7, 2017.

MACHADO, E.L. et al. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2315-26, 2012.

MACHADO, E.L.; CHERCHIGLIA, M.L.; ACÚRCIO, F.A. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte, 2000-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.

MANFRO, R. C.; CARVALHAL, G. F. Transplante renal. **Rev AMRIGS**, v. 47, n. 1, p. 14-19, 2003.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S.; Almeida, V.V. **Os transplantes de órgãos nos estados brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007.

MARSHALL, M.; PRONOVOST, P; DIXON-WOODS, M. Promotion of improvement as a science. **Lancet**, v.381, Feb 02, p.419-21, 2013.

MARSICANO, E de O. et al. Transcultural adaptation and initial validation of Brazilian-Portuguese version of the Basel assessment of adherence to immunosuppressive medications scale (BAASIS) in kidney transplants. **BMC Nephrology**, v.14, May 21, p.108, 2013.

MARTIN, J. **Organizational culture: mapping the terrain**. Londres: Sage, 2002.

MARTINS, M. R; CESARINO, C. B. Quality of life in chronic kidney failure patients receiving hemodialysis treatment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, Sep-Oct, p.670-6, 2005.

MEDINA-PESTANA, J. O. et al. Kidney transplantation in Brazil and its geographic disparity. **Brazilian Journal of Nephrology**, v.33, n.4, Dec, p.472-84, 2011.

MEDINA-PESTANA, J. O.; VAZ, M. L.; PARK, S. I. Organ transplant in Brazil. **Transplantation Proceedings**, v.34, n.2, Mar, p.441-3, 2002.

MEDINA-PESTANA, J.O. et al. Estimativa do número de potenciais doadores de órgãos na cidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 38, n. 2, p. 97-100, 1992.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MICHIE, S. et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. **Quality & Safety in Health Care**, v. 14, p. 26-33, 2005.

MILLS, P. D.; WEEKS, W. B. Characteristics of successful quality improvement teams: lessons from five collaborative projects in the VA. **The Joint Commission Journal on Quality and Safety**, v. 30, n. 3, 2004.

MINTZBERG, H. **Organisational structures**. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall, 1996.

MITTMAN, B. S.; TONESK, X.; JACOBSON, P. D. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behaviour change. **Quality Review Bulletin**, v. 18, p. 413-22, 1992.

MOHAMMED, M. A.; WORTHINGTON, P.; WOODALL, W. H. Plotting basic control charts: tutorial notes for healthcare practitioners. **Quality and Safety in Health Care**, v. 17, p. 137-145, 2008.

NETO, G.V.; MALIK, A.M. (EDS.). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara, 2016.

NEVIS, E. C.; DIBELLA, A. J.; GOULD, J. M. Understanding organizations as learning systems. *Sloan Management Review*, v. 36, p. 73-85, 1995.

NWANKWO, E.; BELLO, A. K.; EL NAHAS, A. M. Chronic kidney disease: stemming the global tide. **American Journal of Kidney Diseases**, v.45, n.1, Jan, p.201-8, 2005.

OLIVEIRA, M.B.; ROMÃO Jr, J.E.; ZATZ, R. End-stage renal disease in Brazil: Epidemiology, prevention, and treatment. **Kidney International**, n. 97, p. 82-86, 2005.

OLOMU, A. B. et al. Is quality improvement sustainable? Findings of the American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice. **International Journal of Quality in Health Care**, v.26, n.3, Jun, p.215-22, 2014.

ONISCU, G.C. et al. Equity of access to renal transplant waiting list and renal transplantation in scotland: cohort study. **BMJ**, v. 327, 2003.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Normas Orientadoras de avaliação e certificação 2014**. Disponível em: <<http://www.ona.org.br/Pagina/33/Acreditacao>>. Acesso em 08 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS**. Brasília: OPAS/OMS, 2010.

ORR, A. et al. Living with a kidney transplant: a qualitative investigation of quality of life. **Journal of Health Psychology**, v.12, n.4, Jul, p.653-62, 2007.

ORTIZ, F. et al. Health-related quality of life after kidney transplantation: who benefits the most? **Transplant International**, v.27, n.11, Nov, p.1143-51, 2014.

ØVRETVEIT, J. The leader's role in quality and safety improvement: a review of research and guidance. A review of research and guidance. Swedish Association of County Councils, 2005.

ØVRETVEIT, J.; TRAVASSOS, C.; SOUSA, P. **Melhoria de qualidade que agrega valor - o cuidado de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Proqualis, 2015.

OZCAN, Y.A.; BEGUN, J.W.; MCKINNEY, M.M. Benchmarking organ procurement organizations: a national study. **Health Services Research**, v. 34, p. 855-74, 1999.

PATZER, R. E. et al. A randomized trial to reduce disparities in referral for transplant evaluation. **Journal of the American Society of Nephrology**, v. 28, n. 3, p. 935-42, 2017.

PETERS, T.; WATERMAN, RH. **In search of excellence**: lessons from American's best-run company. Nova York: Harper and Row, 1982.

PINHEIRO, RS; ESCOSTEGUY CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, RA et al. (EDS.). **Epidemiologia**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Atheneu, 2009.

PISONI, R. L. et al. Vascular access use in Europe and the United States: results from the DOPPS. **Kidney International**, v. 61, n. 1, p. 305-16, 2002.

PISONI, R. L. et al. Vascular access use in Europe and the United States: results from the DOPPS. **Kidney International**, v. 61, n. 1, p. 305-16, 2002.

POLONSKY, W. H. et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. **Diabetes Care**, v. 26, p. 3048-53, 2003.

PORTELA, M. C. et al. Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, 2016.

PORTELA, M. C. et al. How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. **BMJ Quality&Safety**, v.24, n.5, May, p.325-36, 2015.

RATZ, W. **Indicadores de desempenho na logística do Sistema Nacional de Transplantes: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, 2006.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000.

ROETHLISBERGER, F.; DIXON, W. **Management and the worker**: an account of a research program conducted by the Western Electric Company. Chicago, Cambridge: Hawthorne Works, Harvard University Press, 1939.

ROLAND, M. et al. **Quality assessment for general practice**. Manchester: NPCRDC, 1999.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systematic approach**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

SACKET, D. L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**, v. 312, p. 71-72, 1996.

SAKHUJA, V.; SUD, K. End-stage renal disease in India and Pakistan: burden of disease and management issues. **Kidney International**, n.83, Feb, p.S115-8, 2003.

SÁNCHEZ-ESCUREDO, A. et al. Economic analysis of the treatment of end-stage renal disease treatment: Living-donor kidney transplantation versus hemodialysis. **Transplantation Proceedings**, v. 47, p. 30-3, 2015.

SANTOS, A.L.G.A.; SILVA, A.A.M.; SANTOS, R.F. Estimativa do número potencial de doadores cadavéricos e da disponibilidade de órgãos e tecidos para transplantes em uma capital do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 28, n. 1, p. 25-30, 2006.

SCHIESARI, L.M.C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, n. 18, 2003.

SCHMIDT, H. (EDS.). **Tutorials in problem-based learning**. Assen: Van Gorcum, 1984.

SCHUSTER, M. A.; McGLYNN, E.; BROOK, R. H. How good is the quality of health care in the United States? **The Milbank Quarterly**, v.76, n.4, p.517-63, 509, 1998.

SCOTT et al., Implementing culture change in health care: theory and practice. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 2, p. 111-18, 2003.

SENGE, P. M. **The fifth discipline**. Nova York: Doubleday, 1990.

SESSO, R. Diálise Crônica no Brasil. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011.

SHEINGOLD, B.H.; HANH, J.A. The history of healthcare quality: the first 100 years 1860-1960. **International Journal of African Nursing Sciences**, n. 1, p. 18-22, 2014.

SHORTELL, S. M.; BENNETT, C. L.; BYCK, G. R. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. **The Milbank Quarterly**, v. 76, p. 593-624, 1998.

SOUZA, S.M.M. **Bioética da proteção e a equidade no acesso ao transplante renal no Brasil de acordo com a posse de plano de saúde privado**. Tese (Doutorado em Bioética e ética aplicada em saúde coletiva). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

SUD, K. et al. Bioequivalence of two microemulsive preparations of cyclosporine in renal transplant recipients with stable graft function. **Indian Journal of Nephrology**, v. 9, p. 83-91, 1999.

THE HEALTH FOUNDATION. Evidence scan: Improvement science. London: The Health Foundation; 2011. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/default/files/ImprovementScience.pdf>>. Acesso em: 08 nov 2016.

TOUSSAINT, J.S.; EHRLICH, S.P. Five changes great leaders make to develop an improvement culture. **NEJM Catalyst**, 2018.

TOUSSAINT, N. D. et al. Implementation of renal key performance indicators: promoting improved clinical practice. **Nephrology**, v. 20, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. S. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. **USRDS 2003 Annual Data Report**. The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, Bethesda, MD, 2003. Disponível em: <<http://www.usrds.org>>. Acesso em: 06 jul de 2017.

VAUGHN, V. M. et al. Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies. **BMJ Quality & Safety**, v. 28, 74-84, 2019.

VAZ, M.L.S. **Estudo da necessidade de transplante de órgãos no Brasil e a disponibilidade de doadores**. Dissertação (mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1993.

VONESH, E. F. et al. Mortality studies comparing peritoneal dialysis and hemodialysis: what do they tell us? **Kidney International**, v. 103, p. S3-11, 2006.

WALKER, A.; LEARY, H. A problem based learning meta analysis: differences across problem types, implementation types, disciplines, and assessment levels. **Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning**, v. 3, n. 1, p. 6-28, 2009.

WEST, M.A et al.. The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. **The International Journal of Human Resource Management**, v. 13, n. 8, p. 1299-1310, 2002.

WHEELER, D.J.; CHAMBERS, D.S. **Understanding statistical process control**. Knoxville, TN: SPC Press, 1992.

WOLFE, R. A. et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. **The New England Journal of Medicine**, v.341, n.23, Dec 2, p.1725-30. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008-2013 **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**, WHO Global Report, 2005.

ZHANG, Q. L.; ROTHENBACHER, D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. **BMC Public Health**, v.8, Apr 11, p.117, 2008.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COMPONENTE QUALITATIVO DO ESTUDO

Identificador do entrevistado: Nº ____ () Macrossistema; () Microssistema; () Grupo de implementadores

Data da entrevista: __/__/__ Hora início: __:__ Hora término: __:__

1) Perfil profissional

- a) Qual a sua formação (básica)?
- b) Há quanto tempo você trabalha na instituição?
- c) Sempre ocupou o mesmo cargo/posição nesta instituição?
Se não, há quanto tempo ocupa esse cargo/posição?
- d) Como é trabalhar na <<NOME DA INSTITUIÇÃO>>?
- e) Você trabalha em algum outro local?

2) Identificação de intervenções para melhoria da qualidade na agenda institucional

- a) Quando você ouve falar em melhoria da qualidade em saúde, o que te vem à cabeça?
Pra você, quais são os focos da melhoria da qualidade em saúde?
- b) Você considera que esse tema (melhoria da qualidade) tem estado em pauta na instituição, ou pra você esse tema vem sendo tratado do mesmo modo há muitos anos?
- c) [A depender da resposta anterior] Sob o seu ponto de vista, por qual (is) motivo(s) esse tema tem sido tratado de maneira mais evidente de alguns anos pra cá?

3) Identificação dos possíveis fatores contextuais intervenientes na implementação da iniciativa estudada

- a) Que esforços você identifica no hospital nos últimos 5 anos no sentido de melhoria do cuidado de saúde? Sob o seu ponto de vista, o que facilitou a implementação de cada uma delas e quais foram as dificuldades nesse processo?
[Caso não sejam abordados: E se paramos para pensar especificamente nas estratégias do PGA (pensando de maneira mais específica na unidade de transplante, que se modernizou e se remodelou nos últimos anos) e na busca pela acreditação (que conta com o auxílio do setor da qualidade), sob o seu ponto de vista, o que facilitou a implementação de cada uma delas e quais foram as dificuldades nesse processo?]
- b) Na sua opinião, o que torna, ou o que contribui para que essas iniciativas de melhoria sejam esforços complementares, ou diferentes, ou até independentes?

- c) Qual o seu nível de envolvimento com cada uma dessas iniciativas? [Você se sente parte dessas estratégias?]
- d) Você gostaria de fazer mais algum comentário ou me fazer alguma pergunta?

4) Identificação dos direcionadores da iniciativa estudada [perguntas direcionadas aos implementadores]

- a) O que impulsionou a remodelação (ou as novas ações) que foram implementadas na unidade de transplante pelo PGA?
- b) O que vocês acreditavam que seria diferente? Qual era a imagem de sucesso naquele momento?
- c) Como e quando foi a construção desse caminho para a implementação das mudanças?
- d) Como foi esse caminho (quem participou, o que foi feito e com qual fundamentação)?
- e) Você acredita que os objetivos iniciais têm sido alcançados? Se não, por quê?
- f) O que tem dado certo e o que tem dado errado nesse caminho? Porque você acredita que isso aconteceu (ou tem acontecido)?
- g) O que seria importante para facilitar essa trajetória?
- h) Você gostaria de fazer mais algum comentário ou me fazer alguma pergunta?

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA PARA COMPONENTE QUANTITATIVO DO ESTUDO

Variáveis demográficas
Cód. Atendimento: _____
Data de nascimento: __/__/____
Gênero: () Feminino () Masculino
Município de residência: _____
Variáveis institucionais e clínicas
Data da admissão: __/__/____
Data da alta: __/__/____
Admissão em UTI POI: () Sim () Não Data admissão UTI: __/__/____ Data alta UTI: __/__/____
Reinternação: () Sim () Não Data reinternação: __/__/____
Causa de reinternação: () Infecção () Piora da função renal () Diarreia () Outra: _____
Doença de base: () HAS () Diabetes () Desconhecida () Doença renal policística () Glomerulonefrite () Uropatia () Outra: _____
Data 1ª consulta em centro de diálise: __/__/____ Data início diálise: __/__/____
Tipo de diálise: () Hemodiálise () Diálise peritoneal () Transplante preemptivo
Data encaminhamento: __/__/____
Data 1ª consulta/avaliação em centro transplantador: __/__/____
Data inscrição em lista para transplante: __/__/____
Data do transplante: __/__/____
Tipo de doador: () Vivo () Falecido
Doador vivo: () Aparentado () Não aparentado
Tempo de isquemia fria: _____ horas
Retransplante: () Sim () Não
DGF: () Sim () Não
Perda do enxerto: () Sim () Não
Causa da perda do enxerto: _____
Desfecho intra hospitalar: () Alta () Óbito () Transferência
Status atual: () Vivo () Falecido
Causa do óbito: _____
Data da coleta: __/__/____