

O sistema *Donor Action*[®] e o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem na gestão de transplantes: um estudo de caso no Hospital Adão Pereira Nunes

Claudia Affonso Silva Araújo

Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil,
claraujo@coppead.ufrj.br

Eduardo Rocha

Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, transplantesrj@gmail.com

Elaine Tavares

Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil,
elaine.tavares@coppead.ufrj.br

Eduardo Raupp

Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, ervargas@unb.br

Resumo: A gestão do processo de doação-transplante de órgãos e tecidos é um enorme desafio. A escassez de órgãos para doação é um problema de saúde pública, mas é possível aumentar a taxa de captação com foco na educação e desenvolvimento dos profissionais e no investimento em tecnologia como suporte ao processo. Nesta pesquisa investigou-se um caso exemplar: o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem na gestão de transplantes a partir da introdução do sistema *Donor Action*[®] no Hospital Adão Pereira Nunes, no Rio de Janeiro. Com base em entrevistas, análise documental e observação direta, o estudo permitiu avaliar proposições teóricas que foram corroboradas. A implantação do programa favoreceu o acúmulo de conhecimento da organização e também o desenvolvimento da aprendizagem organizacional. Verificou-se, ainda, a possibilidade da aplicação de práticas que possibilitem melhorias de processos em outras unidades de saúde envolvidas nos processos de gestão de transplantes.

Abstract: The process management of donation-transplantation of organs and tissues is a major challenge. The lack of donor organs is a public health problem, but it is possible to increase the rate of organs harvest with a focus on education and workforce development and investment in technology to support the process. This research investigated a case that is a reference in this sector: the development of learning capability in the management of transplants based on the introduction of *Donor Action*[®] in the Adão Pereira Nunes Hospital, in Rio de Janeiro. Based on interviews, document analysis and observation, the research allowed us to evaluate theoretical propositions that were corroborated. The implementation of the program promoted accumulation of organizational knowledge and also development of organizational learning. We also identified the possibility of practical applications that enable process improvements in other health units involved in the management process of transplantation.

1. Introdução

A gestão do processo de doação-transplante de órgãos e tecidos é um enorme desafio para os gestores públicos. Pequenas falhas resultam na perda de potenciais doadores e, conseqüentemente, de vidas. A doação de órgãos e tecidos para transplante pode ocorrer a partir de um doador vivo ou de um doador falecido, cada qual com um processo próprio. O foco deste estudo é a doação de órgãos de pacientes falecidos. No entanto, é possível aumentar a taxa de captação por meio de uma política pública focada na educação e desenvolvimento dos profissionais e no investimento em tecnologia como suporte ao processo. A escassez de órgãos para doação é um problema de saúde pública e esta pesquisa pode contribuir para melhorar o sistema de captação de órgãos no Brasil.

Assim, em 2009, diante das baixas taxas de doação de órgãos no Rio de Janeiro, foi criado o Programa Estadual de Transplantes (PET), com o objetivo de desenvolver capacidades coletivas de aprendizagem e aprimorar o processo. Uma das principais iniciativas do PET foi a incorporação do Programa *Donor Action*[®], que é uma ferramenta de gestão da qualidade do processo doação-transplante de órgãos e tecidos, criado em 1998, por um grupo de coordenadores de transplantes da Europa e dos Estados Unidos. Trata-se de um sistema via *web*, que, a partir dos dados coletados em dois questionários, gera relatórios com o diagnóstico situacional de cada hospital. Dessa forma, o programa identifica quando e onde um potencial doador é perdido e sinaliza os problemas e necessidades de treinamentos de equipes, auxiliando no desenvolvimento e implantação de metas de aprimoramento do processo nas unidades hospitalares. O monitoramento e a reavaliação das ações são essenciais para desenvolver a capacidade de aprendizagem e consolidar práticas inovadoras implementadas (DONOR ACTION, 2013).

O objetivo geral desse artigo é entender como o programa *Donor Action*[®] (programa DA) pode auxiliar o processo de gestão da doação-transplante de órgãos e tecidos por meio da agregação de capacidade institucional de acúmulo de conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997), assim como pelo desenvolvimento de capacidades coletivas de aprendizagem (ARGYRIS; SCHON, 1978). Por se tratar de um programa internacional, um objetivo adicional desta pesquisa é identificar e analisar as necessidades de adaptação do programa à cultura e às particularidades do sistema do Rio de Janeiro. Quando uma tecnologia entra em conflito com a cultura organizacional e quando há resistências individuais ao sistema, o alinhamento entre a solução tecnológica e os processos de negócio pode não ser adequado, resultando na subutilização do instrumento (MARKUS, 1983; COOPER, 1994; LAPOINTE; RIVARD, 2005; RIVARD; LAPOINTE, 2012).

2. Revisão de Literatura

2.1 O Processo de Doação-Transplante de Órgãos no Brasil e no Rio de Janeiro

A primeira etapa do processo de doação de órgãos e tecidos de pacientes falecidos para transplante, e essencial ao processo, é a detecção de doadores a fim de obter os órgãos. Provavelmente, essa é a fase de maior impacto no número final de doadores de órgãos (FREGONESI, 2009). Os potenciais doadores encontram-se normalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) ou nas emergências dos hospitais (PESTANA et al., 2013). Em geral, o quadro dos pacientes nesses locais é de lesão neurológica aguda grave, que frequentemente evolui para morte encefálica (DOMINGOS; BOER; POSSAMAI, 2010).

Especificamente no caso de doador falecido, há dois tipos de mortes que possibilitam a doação: morte por parada cardíaca e morte encefálica (MANYALICH et al., 2011). A

primeira permite a doação de somente alguns órgãos, essencialmente rins e fígado, além de tecidos (pele, osso, córnea). A morte encefálica, por sua vez, viabiliza a doação de todos os órgãos, sem exceção a priori. No entanto, a morte encefálica é ainda pouco conhecida pela população e até mesmo por alguns profissionais de saúde, mas o reconhecimento da morte encefálica é um fator importante, já que à medida que se posterga essa identificação, aumenta a probabilidade de ocorrer infecção, instabilidade hemodinâmica ou parada cardiorrespiratória, ocasionando a perda do potencial doador (PESTANA et al., 2013).

O processo de captação se inicia com a identificação do potencial doador em um hospital, seguindo-se um protocolo estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) do Brasil para a realização do diagnóstico da morte encefálica. A notificação do potencial doador é compulsória e deve ser feita às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) de cada Estado da Federação, independentemente da viabilidade ou não da doação dos órgãos e tecidos do potencial doador. Da mesma forma, os familiares do potencial doador devem ser imediatamente avisados sobre a abertura de tal protocolo. A legislação brasileira estabelece que o consentimento informado dos familiares do potencial doador falecido é a única forma de autorização para a captação dos seus órgãos e tecidos (BRASIL, 1997).

As CNCDOs são responsáveis pela gestão do cadastro de potenciais receptores, pelo reconhecimento das notificações de mortes encefálicas e pela organização logística e distribuição dos órgãos e tecidos na sua área de atuação. Para a realização dessas atividades, essas centrais contam com o apoio das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs) e das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs).

Em paralelo ao diagnóstico da morte encefálica e também posteriormente ao mesmo, deve ser realizada uma cuidadosa avaliação do potencial doador, bem como sua manutenção hemodinâmica, com o objetivo de verificar e garantir a qualidade dos órgãos e tecidos que venham a ser doados. Depois de finalizado o diagnóstico da morte encefálica e comunicado tal fato aos familiares do potencial doador pelo médico assistente, deve ocorrer a entrevista familiar para doação por profissional qualificado para acolher a família e esclarecer todos os detalhes do processo de doação-transplante. O acolhimento familiar é um instrumento ético, que deve perpassar todas as fases do processo, sendo, assim, de responsabilidade de toda a equipe de saúde do hospital. Após a autorização familiar para a doação, toda a parte logística deve ser organizada para as cirurgias de transplante.

O Rio de Janeiro foi o primeiro estado onde se realizou, em 1965, uma cirurgia de transplante de órgão no Brasil. Apesar do pioneirismo, nos anos subsequentes o estado não soube manter uma atividade adequada nesta área, sendo rapidamente superado por São Paulo e posteriormente por vários estados da federação. Em 2009, diante das baixas taxas de doação de órgãos e, conseqüentemente, do pequeno número de cirurgias de transplante realizadas no estado, decidiu-se extinguir o Programa Riotransplante, órgão da Secretaria Estadual de Saúde responsável pelo gerenciamento da área de transplantes, sendo anunciada a criação de um programa moderno, caracterizado pela gestão profissionalizada: o Programa Estadual de Transplantes (PET).

Uma das principais iniciativas do PET foi a incorporação do Programa *Donor Action*[®], que é uma ferramenta de gestão da qualidade do processo doação-transplante de órgãos e tecidos, criada em 1998, por um grupo de coordenadores de transplantes da Europa e dos Estados Unidos. Trata-se de um sistema informatizado via *web*, que, a partir do *input* dos dados coletados em dois questionários (Pesquisa de atitude dos profissionais de saúde em relação ao tema e Revisão de registros médicos dos casos de óbito), gera relatórios com o

diagnóstico situacional de cada hospital. Dessa forma, o Programa identifica quando e onde um potencial doador é perdido e sinaliza os problemas e necessidades de treinamentos de equipes, auxiliando o desenvolvimento e implantação de metas de aprimoramento do processo nas unidades hospitalares. A escassez de órgãos para doação se deve não apenas à falta de potenciais doadores, mas também à falha em tornar potenciais doadores em doadores efetivos. Isto pode ocorrer por falhas no processo, como a não identificação do potencial doador com morte encefálica e a não notificação da ocorrência da morte encefálica em tempo hábil (MATESANZ, 2004).

Para melhorar o processo, o programa Donor Action (DA) é uma das diversas iniciativas que têm sido adotadas nos últimos anos, em diversos países, visando a aumentar a doação de órgão de falecidos. O programa pode ser caracterizado como um instrumento que viabiliza, de forma sistemática, a melhoria do processo de doação de órgãos (ROELS et al., 2010). O diagnóstico do DA é feito por meio de três instrumentos: Pesquisa de Atitude dos profissionais de saúde em relação ao tema (*Hospital Attitude Survey – HAS*); Revisão de Registros Médicos dos casos de óbito (*Medical Record Review – MRR*) e o sistema database do programa (*DA System Database*), em que os dados são imputados e analisados para a geração de um relatório sobre a situação de cada hospital. O HAS é um questionário composto por 32 perguntas sobre o conhecimento e a atitude dos profissionais envolvidos no processo de transplante de órgãos (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo). Juntamente com o HAS, a unidade hospitalar registra no sistema os casos de óbito (MRR). Esse processo revela o grau de suporte percebido pelos profissionais em relação ao processo de doação e identifica as necessidades de treinamento e educação sobre o tema. Neste sentido, o programa estabelece as bases para o monitoramento e a melhoria do processo de doação (HÖCKERSTEDT; HEIKKILÄL; HOLMBERG, 2005; ROELS et al., 2010).

O programa DA é composto por três etapas: diagnóstico, através da aplicação dos instrumentos HAS e MRR; análise e desempenho, identificando, por meio da análise do HAS e do MRR, prioridades de melhorias no processo; e avaliação e reaplicação após um ano, para avaliar os resultados do programa DA, comparando os resultados da primeira aplicação dos questionários com os da segunda rodada. O monitoramento e a reavaliação das ações são essenciais para desenvolver a capacidade de aprendizagem e consolidar práticas inovadoras implementadas (DONOR ACTION, 2013).

O *DA System Database* é a maior base de dados internacional sobre o assunto e, em 2009, estava sendo aplicado em cerca de 400 hospitais, localizados em 17 países distintos (ROELS et al., 2010). Apesar do sucesso da aplicação do programa DA em diversos países, conforme reportado na literatura (ALONSO et al., 1999; HÖCKERSTEDT; HEIKKILÄL; HOLMBERG, 2005; GANSTER et al., 2009; ROELS, et al., 2010), é importante analisar a necessidade de adaptação do programa às particularidades de cada país em que é aplicado.

2.2 Capacidade de acúmulo de conhecimento e aprendizagem

O conhecimento passou a ser o eixo estruturante do desempenho das organizações, pois se tornou o principal insumo do que é produzido, comprado e vendido (SVEIBY, 1998). Para Davenport e Prusak (1998), o conhecimento é uma mistura fluida de experiências condensadas, valores, informação contextual e *insight*, que proporciona uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informações.

Autores como Nonaka e Takeuchi (1997), Davenport e Prusak (1998), Stewart (1998), Sveiby (1998), Bukowitz e Williams (2002) e Choo (2003) reconhecem a existência de

duas formas de conhecimento no contexto organizacional: o conhecimento explícito e o tácito. O primeiro é aquele decodificado, que pode ser articulado e expresso em manuais, esquemas e gráficos, sendo passível de transmissão por uma linguagem sistemática e formal (NONAKA, 1994); caracteriza-se por ser compreensível para qualquer um que entende a simbologia na qual ele é transmitido, pode ser adquirido pela educação formal e envolve conhecimento dos fatos (THOMPSON; MENDES; THOMPSON, 2011). Já o conhecimento tácito é o conhecimento pessoal incorporado às experiências de trabalho, às habilidades e *expertises* e envolve fatores intangíveis como crenças, valores, objetivos pessoais, palpites subjetivos, emoções, ideais, competências, raciocínio, modelos mentais, opiniões, intuição, criatividade etc. (NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Assim, verifica-se que o conhecimento tácito é codificado, caracterizado pela subjetividade, pela dificuldade em ser mensurado e verbalizado, representando tudo o que adquirimos ao longo de nossa existência, pelas experiências vividas, sendo, portanto, intrínseco ao indivíduo (THOMPSON; MENDES; THOMPSON, 2011).

A interação contínua, dinâmica e simultânea entre os conhecimentos explícitos e tácitos impulsiona o processo de amplificação do conhecimento. Os conhecimentos gerados pelos indivíduos são assim ampliados e cristalizados, como parte do conhecimento da organização, por meio do diálogo, da discussão, do compartilhamento de experiências, do fazer sentido e das comunidades de prática (TAKEUCHI; NONAKA, 2008). Assim a primeira proposição que se pretende analisar neste artigo é a seguinte:

Proposição 1: *A implantação do programa de gestão da qualidade do processo de doação-transplante permite o acúmulo do conhecimento que se dá pela interação entre os conhecimentos expressos em manuais, esquemas e gráficos (conhecimento explícito) e o conhecimento pessoal, subjetivo, incorporado às experiências de trabalho (conhecimento tácito).*

Tornar o conhecimento pessoal disponível para os outros é assim atividade central da gestão do conhecimento, que envolve quatro padrões básicos de criação de conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997): *Socialização* (do tácito para o tácito) - compartilhar e criar conhecimento tácito através da experiência direta; inclui, por exemplo, a observação, a imitação e a prática; *Combinação* (do explícito para o explícito) - sistematizar e aplicar o conhecimento explícito e a informação; *Externalização* (do tácito para o explícito) - articular os fundamentos do conhecimento tácito e os converter em explícito; *Internalização* (do explícito para o tácito) - compartilhar o conhecimento explícito permite a sua internalização.

Este processo de criação de conhecimento pode ainda ser favorecido por algumas condições promotoras, como intenção organizacional, abertura da mentalidade, redundância da informação, mobilização de ativistas do conhecimento e criação de um contexto organizacional adequado (GALBRAITH, 1977; TAKEUCHI; NONAKA, 2008; WINOGRAD; FLORES, 1986).

Para Takeuchi e Nonaka (2008), a intenção organizacional revela a orientação da organização para adquirir, criar, acumular e explorar conhecimento. É necessário, segundo estes autores, que a organização tenha clareza do tipo de conhecimento a ser adquirido e de como operacionalizá-lo.

A criação do conhecimento passa ainda por uma abertura da mentalidade das pessoas, num momento de decomposição de rotinas, hábitos e estruturas cognitivas. Isto permite o questionamento de atitudes básicas e a criação de novos conceitos, o que favorece o desenvolvimento do conhecimento (WINOGRAD; FLORES, 1986).

A abundância de informação, expressa na sua redundância, também favorece a criação do conhecimento, já que significa a existência de informações que vão além das exigências operacionais imediatas, possibilitando que sejam compartilhados conceitos com pessoas que não necessariamente precisam da informação (GALBRAITH, 1977). Por fim, são também promotores de condições para a criação do conhecimento organizacional a existência de uma estrutura organizacional que favoreça a colaboração e o uso de ativistas do conhecimento, pessoas que são consideradas referências de conhecimento e que cuidam da sua disseminação. Estas pessoas possuem um papel essencial no processo de geração do conhecimento (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

Estes processos de criação de conhecimento estão relacionados à aprendizagem, que constitui um processo cumulativo de evolução do conhecimento, com memorização dos efeitos das experiências passadas. Em face dessas considerações, a segunda proposição a ser analisada é:

Proposição 2: *Na introdução do programa de gestão da qualidade do processo doação-transplante, a aprendizagem organizacional é ampliada pela existência de condições favoráveis ao conhecimento: intenção organizacional, abertura da mentalidade, redundância da informação, mobilização de ativistas do conhecimento e criação de um contexto organizacional adequado.*

A aprendizagem organizacional, enquanto processo de envolvimento da organização na detecção e correção de erros, desenvolve-se, fundamentalmente, em dois ciclos (ARGYRIS; SCHON, 1978). No primeiro ciclo de aprendizagem, os trabalhadores detectam erros e corrigem seus comportamentos, sem alterarem as características centrais da teoria em uso. Trata-se de uma aprendizagem adaptativa, corretiva ou incremental, visto que os novos comportamentos são desenvolvidos no âmbito das normas vigentes, sem que haja um questionamento das mesmas. Corrigem-se as ações que provocaram os erros, garantindo a eficiência em curto prazo. A aprendizagem em ciclo duplo é considerada como um nível de aprendizagem superior, na medida em que implica a alteração das normas e dos pressupostos organizacionais. Permite a correção dos erros, com intervenção sobre suas causas, como resultado de uma reflexão, análise e consequente alteração de valores da organização. Ela interroga os valores que guiam as estratégias da ação e que altera ou elimina as normas organizacionais incompatíveis com o funcionamento eficaz. Define novas prioridades e normas ou reestrutura as existentes, reformulando a teoria oficial (ARGYRIS, 1998; ARGYRIS; SCHON, 1978). Estas considerações levam à formulação da terceira proposição:

Proposição 3: *A implantação do programa de gestão da qualidade do processo doação-transplante amplia a aprendizagem organizacional por meio de processo incremental de detecção de erros e correção de comportamento e/ou da alteração das normas, valores e pressupostos organizacionais, eliminando as normas organizacionais incompatíveis com o funcionamento adequado do processo.*

A melhoria de processos é uma necessidade presente na rotina de todas as organizações, ocorrendo de forma estruturada ou não (MESQUITA; ALLIPRANDINI, 2003). Para que ocorra o comprometimento e a ação coordenada de todos os indivíduos da organização frente aos programas de melhoria, é necessário o desenvolvimento de uma cultura que valorize a aprendizagem (GONZALEZ; MARTINS, 2011). Isto leva a quarta proposição desta pesquisa:

Proposição 4: *A aprendizagem organizacional obtida pela implantação do programa de gestão da qualidade do processo doação-transplante favorece o aprimoramento do processo de gestão de transplantes.*

2.3 Resistências, dificuldades e adaptações necessárias

Quando uma tecnologia entra em conflito com a cultura organizacional e quando há resistências individuais ao sistema, o alinhamento entre a solução tecnológica e os processos de negócio pode não ser adequado, resultando na subutilização do instrumento (MARKUS, 1983; COOPER, 1994; VOM BROCKE; SINNL, 2011; RIVARD; LAPOINTE, 2012). Neste sentido, Jatene, Consoni e Bernardes (2012) afirmam que o sucesso da introdução de inovações em serviços depende de dois fatores: os atores envolvidos no processo e a estrutura existente para a inovação, que deve incorporá-la à visão e ao planejamento estratégico da organização.

As pessoas resistem às tecnologias, pois desde o início avaliam não só suas características intrínsecas, mas também como ela se encaixa nos contextos individuais e organizacionais e buscam antever as consequências que a solução deverá trazer (SURYANINGRUM, 2012). Este processo, resistência e aceitação da tecnologia, varia de acordo com a fase da sua implementação (LAPOINTE; RIVARD, 2005; MARKUS, 1983). As barreiras individuais envolvem a capacidade do indivíduo de lidar com novas situações, eventos, informações e contextos, expressas na literatura de mudança organizacional. O indivíduo pode também sentir sua autoimagem ameaçada, mediante situações em que, para acomodar um novo conhecimento, é necessário mudar a si próprio (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

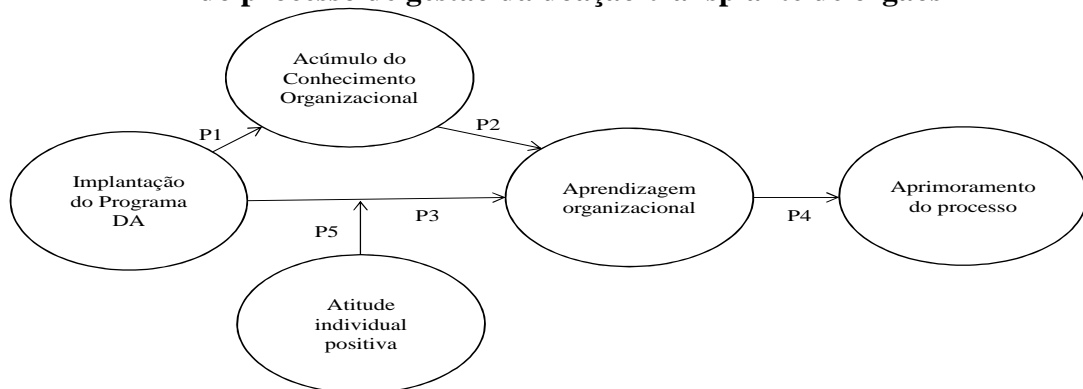
Os resultados da pesquisa desenvolvida por Johnson, Zheng e Padman (2012) indicam que uma percepção holística positiva em relação à nova tecnologia, denominada pelos autores de *otimismo*, tem um impacto significativo e positivo na aceitação da tecnologia que está sendo introduzida. Este impacto seria maior do que a facilidade de uso ou a aplicabilidade da tecnologia. Portanto, Johnson, Zheng e Padman (2012) destacam a importância de serem oferecidos treinamentos específicos para os envolvidos no processo e argumentam que a aceitação de novas tecnologias pode levar um tempo se manifestar e gerar resultados. Para Takeuchi e Nonaka (2008), histórias de sucesso e de fracasso podem encorajar a mudança ou gerar o medo do desconhecido. Procedimentos e hábitos já estabelecidos podem também delimitar os procedimentos futuros e dificultar as mudanças de atitudes e comportamentos.

Sob a perspectiva holística de gestão de processos de negócios, a cultura é reconhecida como um dos fatores centrais no sucesso ou fracasso da implementação de novos processos de negócios através da incorporação de sistemas de informação (LLEWELLYN; ARMISTEAD, 2000; HAMMER, 2010). Conforme observado por Vom Brocke e Sinnl (2011), embora a maior parte dos artigos publicados sobre o assunto tenha como objeto de análise a cultura organizacional, alguns estudos têm reconhecido a influência da cultura das pessoas no sucesso ou fracasso da introdução de novas práticas e tecnologias (LOCK, 2008). Assim, o sucesso de um novo projeto depende fundamentalmente da compreensão por parte das pessoas de como um novo sistema ou tecnologia pode melhorar os processos (VOM BROCKE; SINNL, 2011). Para o sucesso da implementação do novo processo, a atitude individual deve ser fomentada pela incorporação da inovação à visão e ao planejamento estratégico da organização, oferecendo treinamento específicos aos envolvidos e divulgando histórias de sucesso para encorajar o engajamento no processo. Isto permite a formulação da seguinte proposição:

Proposição 5: *A aprendizagem organizacional é influenciada pela atitude individual favorável dos atores envolvidos no processo.*

A Figura 1 resume as cinco proposições realizadas neste estudo.

Figura 1- Fatores que podem influenciar o sucesso do programa DA na melhoria do processo de gestão da doação-transplante de órgãos



Fonte: Elaborado pelos autores.

3. Metodologia

O objetivo geral deste estudo é entender como o programa *Donor Action*[®] pode auxiliar o processo de gestão da doação-transplante de órgãos, por meio da agregação de capacidade institucional de acúmulo de conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997), assim como pelo desenvolvimento de capacidades coletivas de aprendizagem (ARGYRIS; SCHON, 1978). Como objetivo adicional, pretende-se com esta pesquisa identificar e analisar as necessidades de adaptação do programa à cultura e às particularidades do sistema do Rio de Janeiro.

Em consonância com os objetivos propostos, a pesquisa é exploratória e o método escolhido foi o estudo de caso (YIN, 2010). Vale destacar que toda a análise desenvolvida se deu de forma qualitativa, em linha com o procedimento técnico de estudo de caso que foi selecionado. Assim, não se pretende testar a aceitação ou a rejeição das proposições apresentadas no referencial teórico, mas compará-las com as evidências coletadas por meio da pesquisa. Seguimos assim a estratégia analítica de "adequação ao padrão", tal qual descrita por Yin (2010), com base nas proposições teóricas desenvolvidas.

Um aspecto importante no desenvolvimento de estudos de caso é a seleção do caso a ser estudado (EISENHARDT, 1989), pois se entende que sua particularidade deve justificar a sua seleção e, conseqüentemente, a potencial contribuição para o corpo do conhecimento que se esteja estudando. Além disso, a seleção de um caso único deve assegurar que ele sirva aos propósitos reveladores da pesquisa (YIN, 2010).

Optou-se por estudar o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN), localizado em Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, que implementou o sistema *Donor Action*[®] para avaliar sua atuação como captador de órgãos e tecidos para o sistema de gestão de transplante. O HEAPN foi inaugurado em 1999 e tem como missão prestar atendimento multiprofissional humanizado em saúde, com referência em trauma e maternidade de alto risco, buscando a melhoria contínua e desenvolvendo treinamentos em Serviço. Seus valores são ética, comprometimento, valorização das pessoas, humanização, eficiência, credibilidade e qualidade dos serviços.¹ Em 2013, o hospital possui 235 leitos e presta serviços gratuitos de atendimento a acidentados, urgências, laboratórios e imagem, internação e enfermaria. Este hospital foi escolhido porque, após a implementação do sistema, ações educacionais permitiram que o mesmo se tornasse uma referência na área: a unidade foi responsável, em 2012, por 24 captações de órgãos - número 116% maior que

¹ Fonte: *site* do HEAPN, disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/hospital-adao-pereira-nunes-heapn/8898-missao-visao-e-valores.html>. Acesso em 10/05/2013.

2011; sozinho, o hospital captou mais do que 11 estados brasileiros, recebendo o prêmio “Destaque na Promoção da Doação de Órgãos” pelo Ministério da Saúde brasileiro. Em 2012/2013, uma reavaliação, também baseada no *Donor Action*[®], revelou os progressos do hospital nas diferentes etapas do processo de captação.

Como a entrevista é uma das fontes de informações mais importantes em um estudo de caso (YIN, 2010), foram realizadas entrevistas em profundidade com os gestores responsáveis pelo processo de captação de órgãos no hospital e com profissionais que atuam no centro de terapia intensiva da instituição. As entrevistas foram realizadas em abril de 2013 e cada uma durou cerca de uma hora; todas foram gravadas e posteriormente transcritas, de modo a manter o máximo de fidelidade possível ao que foi declarado pelo entrevistado.

O perfil dos entrevistados está apresentado no Quadro 1. O roteiro de entrevista foi desenvolvido com base na revisão de literatura e, para realizar as triangulações propostas na literatura (YIN, 2010; WOODSIDE, 2010), foram analisados relatórios internos do hospital e houve a observação direta do sistema pelos pesquisadores.

Quadro 1: Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Cargo	Formação	Tempo no HEAPN
Ex-DM	Ex-Diretor Médico do HEAPD	Neurocirurgião	10 meses (de Fev. a Nov./2012)
Enfermeira AP	Enfermeira responsável pela CIHDOTT no HEAPN desde 2010	Enfermeira	4 anos
Médica C	Médica do Centro de Terapia Intensiva	Geriatra, intensivista	4 anos
Enfermeira T	Enfermeira do Centro de Terapia Intensiva	Enfermeira	3 anos

Além disso, as entrevistas foram analisadas individualmente pelos quatro pesquisadores para depois haver a busca de consenso na análise.

4. Análise e Discussão dos Resultados

Neste tópico, serão descritos os resultados obtidos com o estudo, com base nas entrevistas para análise das proposições anteriormente elaboradas, utilizando-se também do amparo do referencial teórico do trabalho para a condução da discussão.

4.1 O processo de implantação do programa *Donor Action* no Hospital

A primeira rodada da aplicação do questionário HAS ocorreu no HEAPN em 2010. A ideia de adotar o programa DA no hospital foi da Central de Transplantes, que escolheu alguns hospitais e fez a proposta de iniciar o projeto naquela unidade. Na época, a coordenadora do CIHDOTT, responsável pela aplicação do programa DA no hospital, também coordenava Centro de Terapia Intensiva para Adulto - CTI Adulto. Os entrevistados afirmam que o processo de aplicação “foi complicado”. A enfermeira T ressalta que eram muitas pessoas, muitos setores envolvidos no preenchimento do questionário e que, com isso, alguns questionários se perderam. Nesta primeira rodada, o MRR não foi feito.

A segunda rodada do programa ocorreu em 2012. A Enfermeira AP já estava efetivamente implantada na CIHDOTT e resolveu, como ela disse, “fazer diferente”. Aplicou diretamente os questionários ao universo de cerca de 300 profissionais, obtendo quase 90% de preenchimento do HAS.

4.2 Capacidade de acúmulo de conhecimento e aprendizagem e melhorias do processo

Proposição 1: *A implantação do programa de gestão da qualidade do processo doação-transplante permite o acúmulo do conhecimento que se dá pela interação entre os conhecimentos expressos em manuais, esquemas e gráficos (conhecimento explícito) e o conhecimento pessoal, subjetivo, incorporado às experiências de trabalho (conhecimento tácito).*

Pelas entrevistas concedidas, ficou claro que a instituição fomenta o conhecimento explícito por meio de cursos de imersão e palestras constantemente oferecidos aos profissionais da instituição. O questionário HAS, preenchido pelas equipes, permitiu ao hospital identificar parte do tácito, expresso nos conhecimentos e nas atitudes apresentados pelos profissionais envolvidos no processo de transplante de órgãos. O ex-DM acredita que o programa DA possibilitou a identificação de erros e a correção definitiva dos mesmos, através da capacitação de toda a equipe, e principalmente dos intensivistas, por meio de simpósios, palestras e cursos oferecidos. Além disso, a enfermeira AP se preocupa em divulgar dados e informações sobre a evolução do processo de doação e transplantes na instituição. Conforme relato da Médica C, após a implantação do programa, “*passou a ter mais informações, mais treinamento para a equipe sobre morte cerebral, sobre doação, sobre como lidar com a família*”. Neste sentido, a enfermeira T destaca que tem bastante informação disponível em apostilas. Estas ações evidenciam que o conhecimento sobre o processo de doação e transplantes é decodificado e transmitido por educação formal, em alinhamento com Nonaka (1994) e Thompson, Mendes e Thompson (2011).

A Médica C e a Enfermeira T destacam também o conhecimento pessoal, incorporado às experiências de trabalho na prática do dia-a-dia no CTI de alta complexidade do hospital, em que a quantidade de morte cerebral é alta. Nas palavras da enfermeira T: “*além dos treinamentos, as pessoas aprendem umas com as outras na rotina do dia a dia*”. A Médica C destaca, também, o conhecimento pessoal trazido pelos intensivistas da CIHDOTT, que vão ao hospital e avaliam o paciente junto com o médico da instituição, ajudando-o no processo. “*É uma conduta conjunta, então você aprende, não deixa de ser também um treinamento*”, diz ela. Observa-se, portanto, o compartilhamento de conhecimento tácito na instituição, conforme descritos por Nonaka e Takeuchi (1997) e por Thompson, Mendes e Thompson (2011). Pelos relatos dos entrevistados, ambos os conhecimentos são articulados na instituição e se alimentam mutuamente, sendo amplificados por meio da discussão, do diálogo e da troca de experiências entre os profissionais, conforme defendem Takeuchi e Nonaka (2008). Os entrevistados acreditam que os profissionais estão mais abertos ao conhecimento e que conversam mais sobre o assunto.

Entende-se então que as evidências coletadas estão em linha com o que diz a teoria sobre o assunto, resumida na proposição 1.

Proposição 2: *Na introdução do programa de gestão da qualidade do processo doação-transplante, a aprendizagem organizacional é ampliada pela existência de condições favoráveis ao conhecimento: intenção organizacional, abertura da mentalidade, redundância da informação, mobilização de ativistas do conhecimento e criação de um contexto organizacional adequado.*

A intenção organizacional é uma das condições promotoras do conhecimento e está presente no HEAPN. Tanto a atual Direção do hospital, como a Enfermeira AP, garantem a orientação da organização para adquirir, acumular e explorar conhecimento. Alinhado com Takeuchi e Nonaka (2008), a instituição tem clareza sobre a importância de adquirir e operacionalizar o conhecimento, com o auxílio do programa DA. De acordo com os

gestores entrevistados, um dos motivadores para adotar o programa DA no HEAPN foi a vontade de monitorar as informações relativas ao processo: quantas pessoas estavam na escala de coma de Glasgow em nível 3 e não foi aberto o processo?²; Quantos pacientes poderiam ter aberto protocolo e poderiam ter gerado uma doação, mas não foi feito? Por que não foi feito? Conforme observa AP, *“a grande maioria é dos pacientes é trauma e muitos evoluem para óbito, mas será que evoluíram para óbito só porque o coração parou? Ou será que ele poderia ter critério de morte cerebral e ninguém se atentou e viu?”* Além de toda a equipe interna, os gestores procuram ainda ajuda de membros externos, que dão apoio ao processo, dentre eles a Central de Transplantes, que fica à disposição para o que for preciso, o Instituto Médico Legal (IML), a Delegacia de Polícia e o Programa de Ação Social do Município. A Enfermeira AP destaca, também, o apoio da atual Direção à CIHDOTT.

A abertura da mentalidade das pessoas, pelo questionamento de atitudes e criação de novos conceitos, conforme destacado por Winograd e Flores (1986), também está presente na instituição. A Enfermeira AP acredita que a cooperação das equipes foi uma mudança significativa e que hoje há uma cultura estabelecida e equipes sensibilizadas para todos os procedimentos que envolvem o processo de doação. AP relata o caso de um médico, chefe da UTI, que era resistente ao processo, mas que foi incentivado a fazer cursos e recebeu diversos *feedbacks* positivos em relação aos transplantes realizados: *“eu fui pegando ele pela mão, fui levando ele para um curso, para outro, aí no último curso que ele teve na Central de Transplantes, ele me chamou e disse: ‘AP, olha, eu tenho que admitir, eu mudei todo o meu pensamento; eu nunca fui contra, mas agora eu sou muito a favor’, e hoje ele está dizendo que quer vir trabalhar na CIHDOTT, isso é uma grande vitória”*.

Outro fator destacado pelos entrevistados é a difusão da informação para todos do hospital (abundância e redundância de informação), inclusive para quem não trabalha diretamente no processo. Atualmente há a cultura do registro e da divulgação dos números do processo de transplante para todo o hospital, fator destacado por Galbraith (1977) como importante para favorecer a criação do conhecimento na instituição. *“Todos entendem o processo; os fluxos estão todos escritos e descritos, todos sabem o fluxo, desde o começo do processo; hoje eu entendo que até o técnico da patologia precisa entender como foi o processo, como tudo se deu, porque que aquilo é importante, para ele ter cuidado com aquele corpo porque se tiver alguma alteração naquele corpo, vai causar uma complicação”*, relata a Enfermeira AP.

A mobilização de ativistas do conhecimento e criação de um contexto organizacional adequado são os elementos que mais se destacaram nas entrevistas, personificados pela Enfermeira AP, por sua dedicação à causa e engajamento no processo. Todos os entrevistados destacaram a importância de AP para o sucesso do programa e para a melhoria dos processos. A Enfermeira T comenta que AP inscreve as pessoas nos cursos e as motiva a comparecer; para os que não podem comparecer, AP passa as informações posteriormente. As evidências então estão alinhadas com a segunda proposição da pesquisa, de que a aprendizagem organizacional pode ser ampliada existência de condições favoráveis ao conhecimento.

Proposição 3: A implantação do programa de gestão da qualidade do processo doação-transplante amplia a aprendizagem organizacional por meio de processo incremental de

² A escala de coma de Glasgow (ECG), que vai de 3 a 15, é uma escala neurológica que mede o nível de consciência após lesão cerebral. A escala avalia três parâmetros: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. O nível 3, que é o mínimo, significa que a pessoa não abre os olhos, não fala nem se mexe ou reage a estímulos.

detecção de erros e correção de comportamento e/ou da alteração das normas, valores e pressupostos organizacionais, eliminando as normas organizacionais incompatíveis com o funcionamento adequado do processo.

A aplicação do MRR na segunda rodada evidenciou as falhas ocorridas na identificação e notificação dos potenciais doadores em morte cerebral. Com a aplicação do DA, e de posse dos resultados, que evidenciavam a perda de potenciais doadores por falhas no processo, a Enfermeira AP passou a fazer uma busca ativa, através da análise dos prontuários, identificando pacientes graves, que podem evoluir para um quadro de morte cerebral. Os entrevistados acreditam que depois da aplicação do programa DA passou a haver uma maior difusão dos procedimentos necessários à captação no CTI e na unidade de pós-operatório da neurocirurgia. Com isso, os profissionais destes setores têm estado atentos aos casos que podem gerar captação. Além disso, o Ex-DM e a Enfermeira AP afirmam que havia alguns procedimentos errados na questão da manutenção do corpo do potencial doador, já que a medicação necessária muitas vezes não era prescrita pelos médicos plantonistas. Com o programa DA, estes passaram a prescrever os medicamentos que deveriam ser usados na manutenção, possibilitando a conservação dos órgãos.

A Enfermeira AP diz que começou a escrever sobre sua experiência, enviando artigos para congressos, e a estudar sobre o tema. Destaca, sobretudo, a criação de protocolos próprios do hospital, nos quais todos os fluxos do processo de transplante - identificação, manutenção e acolhimento da família - estão descritos. Um sinal da consolidação dos procedimentos é identificado no engajamento de novos funcionários. O que aparentava ser um risco para a consolidação dos procedimentos, revelou, na verdade, sua força, visto que os novos funcionários engajaram-se rapidamente nos protocolos definidos.

Todos os entrevistados acreditam que houve mudanças significativas nos valores organizacionais em relação à doação e transplantes de órgãos. A Enfermeira AP relata que havia resistência em investir recursos e pessoal das UTIs na manutenção dos pacientes falecidos, preferindo aplicá-los em pacientes ainda com possibilidade de recuperação: *“a nutrição, por exemplo, não achava necessidade de alimentar um paciente que está morto; a fisioterapia não entendia qual era o seu papel dentro do processo. Hoje não, hoje move-se meio mundo para tirar aquele paciente da emergência e colocar na UTI, hoje nós temos uma cultura, que foi estabelecida, todas as categorias, muito sensibilizados”*, afirma. Para os entrevistados, atualmente há uma cultura estabelecida e equipes sensibilizadas para todos os procedimentos que envolvem o processo de doação, o que representa, segundo a literatura (ARGYRIS, 1998; ARGYLIS; SCHON, 1978), a reformulação da teoria oficial, eliminando as normas da instituição que são incompatíveis com o funcionamento eficaz do processo.

Os dados demonstram que a implantação do programa ampliou a aprendizagem organizacional, caracterizando uma aprendizagem em ciclo duplo (ARGYRIS; SCHON, 1978), confirmando a terceira proposição desta pesquisa.

Proposição 4: *A aprendizagem organizacional obtida pela implantação do programa de gestão da qualidade do processo doação-transplante favorece o aprimoramento do processo de gestão de transplantes.*

O aprimoramento do processo de gestão de transplantes depende do comprometimento das pessoas, da ação coordenada para as melhorias e da valorização da aprendizagem. Estes três fatores estiveram presentes na situação analisada.

O comprometimento se mostrou presente pela implantação do programa, pela vontade de monitorar as informações relativas ao processo de gestão de transplantes. A mobilização da

AP e o engajamento de novos funcionários após a detecção dos erros e as capacitações recebidas também ilustram este comprometimento.

A ação coordenada se deu pelo estabelecimento de uma cultura que reconhece a importância da gestão de transplante e pela sensibilização das equipes para todos os procedimentos que envolvem o processo de doação. Conforme mencionado, a Enfermeira AP acredita que a cooperação das equipes foi uma mudança significativa. A enfermeira T e a médica C também destacaram o aprendizado nas equipes, durante as práticas e rotinas, e a cooperação com membros externos, com como os intensivistas da CIHDOTT.

Por fim, a valorização da aprendizagem organizacional foi evidenciada nos depoimentos, pela importância dada ao conhecimento explícito por meio de cursos de imersão e palestras constantemente oferecidos aos profissionais, pela ampla difusão de informação sobre o tema para toda equipe e pela divulgação dos números do processo de transplante para todo o hospital.

Os dados, portanto, estão em concordância com a quarta proposição, que sugeriu que a aprendizagem organizacional obtida pela implantação do programa favorece o aprimoramento do processo de gestão de transplantes.

4.3 Resistências, dificuldades e adaptações necessárias

Proposição 5: A aprendizagem organizacional é influenciada pela atitude individual favorável dos atores envolvidos no processo

Pelo relato dos entrevistados, o programa DA foi incorporado à visão e ao planejamento estratégico do HEAPN, principalmente pelo interesse pessoal do Ex-DM sobre o assunto e pelo engajamento da Enfermeira AP. Assim, o programa não entrou em conflito com a cultura da organização e não houve resistências ao processo. Todos os entrevistados consideraram o programa DA adequado aos processos do hospital, sem necessidade de adaptações para ser aplicado. Para a Médica C e para a Enfermeira T, “*todas as perguntas faziam sentido*”. Este alinhamento, segundo a literatura, permite o sucesso e a utilização plena das potencialidades do sistema que está sendo introduzido (MARKUS, 1983; COOPER, 1994; VOM BROCKE; SINNL, 2011; RIVARD; LAPOINTE, 2012; JATENE; CONSONI; BERNARDES, 2012).

Para a Enfermeira AP, a principal dificuldade enfrentada foi o tamanho do questionário HAS, considerado muito grande pelos respondentes. “*As pessoas achavam o questionário muito grande, questionavam o número de perguntas. Todo mundo queria que fosse uma coisa mais sucinta. Minha dificuldade maior foi explicar para as pessoas que na verdade é um estudo importante, que vale a pena o tempo gasto*”, relata. Dentre os respondentes, os médicos foram os mais resistentes à implantação do programa DA, também por acharem o questionário muito longo.

Para superar as resistências, foi fundamental a persistência da Enfermeira AP, engajada em criar um contexto organizacional adequado para o sucesso do programa. Nesse sentido, além de oferecer cursos e palestras constantemente, conforme já relatado, AP acredita ser muito importante dar *feedback* do trabalho realizado e fornecer informações sobre quantas pessoas estão na lista de espera e quantas podem ser beneficiadas se houver um esforço coletivo. AP conta que “*quando sai uma reportagem sobre transplante no jornal, eu levo para a equipe e digo ‘olha aqui o resultado do trabalho de vocês, obrigada!’; aí as pessoas dizem, ‘nossa, cheguei me arrepiar!’, ‘fiquei nervosa, que legal!’; este tipo feedback faz com que eles fiquem muito mais motivados*”. Além disso, AP dá o retorno também para os médicos e chefes das unidades de terapia intensiva. E para a equipe que

ficou cuidando do corpo, AP incentiva que acompanhe todo o processo por acreditar que isso gera motivação: “*you are taking care of the patient, you don't want to go in to see how the organ removal is? Let's go to the operating room, let's see, let's assist*”. Estas atitudes fomentam o que Johnson, Zheng e Padman (2012) chamam de “otimismo” em relação ao novo processo/tecnologia adotado, através da divulgação de histórias de sucesso, que podem encorajar a mudança e a aceitação do novo (TAKEUCHI; NONAKA, 2008).

As evidências apresentadas corroboram, portanto, a quinta proposição desta investigação.

5. Conclusões

Este artigo apresentou os resultados de uma pesquisa realizada com o objetivo de entender como o programa Donor Action® pode auxiliar o processo de gestão da doação-transplante de órgãos e tecidos por meio da agregação de capacidade institucional de acúmulo de conhecimento, assim como pelo desenvolvimento de capacidades coletivas de aprendizagem. Analisaram-se também as necessidades de adaptação do programa à cultura e às particularidades do sistema do Rio de Janeiro, já que se trata de um programa internacional.

Foi realizado um estudo de caso, no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, do Rio de Janeiro, que se tornou referência no processo de captação de órgão e tecidos, após a implantação do DA, que permitiu a melhor capacitação das equipes, uma mudança na cultura organizacional e a melhoria do processo de gestão de transplantes na unidade.

Os resultados apresentados mostraram como a implantação deste programa favoreceu a capacidade de acúmulo de conhecimento da organização, pela articulação de conhecimentos tácitos e explícitos, favorecendo também o desenvolvimento da aprendizagem organizacional de ciclo duplo. Condições favoráveis ao conhecimento, como intenção organizacional, abertura da mentalidade, redundância da informação, mobilização de ativistas do conhecimento e criação de um contexto organizacional adequado revelaram-se importantes para o processo de aprendizagem organizacional.

Observou-se que a implantação do programa não apenas permitiu a detecção de erros e correção de comportamento, mas foi além, gerando mudança de valores e eliminando as normas vigentes incompatíveis com o funcionamento adequado do processo.

Foi ainda percebido que a aprendizagem organizacional foi influenciada pela atitude individual favorável dos envolvidos no processo. Esta aprendizagem, obtida pela implantação do programa, favoreceu o aprimoramento do processo de gestão de transplantes.

Assim, as proposições teóricas formuladas foram corroboradas pelas evidências coletadas e merecem, no futuro, mais investigação.

As contribuições desta pesquisa são de natureza teórica e prática. Como contribuição teórica, esta pesquisa pode auxiliar o desenvolvimento de pesquisas posteriores que examinem como a agregação de capacidade institucional de acúmulo de conhecimento e o desenvolvimento de capacidades coletivas de aprendizagem podem melhorar as melhorias de processos de gestão, principalmente na área da saúde. Como aplicação prática, espera-se que os resultados aqui apresentados fomentem a aplicação de práticas de melhorias de processos em outras unidades de saúde envolvidas nos processos de gestão de transplantes.

Referências

ALONSO, M. et al. Donor Action in Spain: a program to increase organ donation. **Transplantation Proceedings**, v. 31, n. 1/2, p. 1084-1085, 1999.

ARGYRIS, C. Les individus sont guidés par le désir d'apprendre. **Revue des Sciences Humaines**, n. 20, Mars/Avril, p. 60-62, 1998.

ARGYRIS, C.; SCHON, D. **Organizational learning: a theory of action perspective**. Massachusetts: Addison-Welsey, 1978.

BRASIL. Lei n.º 9.434, de 4 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. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**.

BUKOWITZ, W. R.; WILLIAMS, R. L. **Manual de gestão do conhecimento: ferramentas e técnicas que criam valor para a empresa**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

COOPER, R. The inertial impact of culture on IT implementation. **Information & Management**, v. 27, n.1, p. 17-31, 1994.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: SENAC, 2003.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DOMINGOS, G. R.; BOER, L. A.; POSSAMI, F. P. Doação e captação de órgãos de pacientes com morte encefálica. **Enfermagem Brasil**, v. 9, n. 4, p. 206-212, 2010.

DONOR ACTION. **The program**. Disponível em: <<http://www.donoraction.org/>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

FREGONESI, Adriano, et al. O Processo Doação: Transplante In: PEREIRA, W. A.; FERNANDES, R.C.; SOLER, W. V. (Coord.) **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009.

GALBRAITH, J. R. **Organization design**. Massachusetts: Addison-Welsey, 1977.

GANSTER, F. et al. Improvement of potential donor patient's registration from 2003 to 2006 : the setting of Donor Action Programme in a French teaching hospital. **European Society Intensive care Medicine**, 2009. Disponível em: <<http://poster-consultation.esicm.org/ModuleConsultationPoster/posterDetail.aspx?intIdPoster=226>>. Acesso em: 13 abr. 2013. Eletronic Poster.

GONZALEZ, R.V.; MARTINS, M.F. Melhoria contínua e aprendizagem organizacional: múltiplos casos em empresas do setor automobilístico. **Gestão da Produção**, v. 18, n. 3, p. 473-486, 2011.

HAMMER, M. Reengineering work: don't automate, obliterate. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 4, p. 104-12, 1990.

HÖCKERSTEDT, K.; HEIKKILÄL, M.-L.; HOLMBERG, C. Substantial increase in cadaveric organ donors in hospitals implementing the Donor Action Program in Finland. **Transplantation Proceedings**, v. 37, n. 8, p. 3253-3255, 2005.

JATENE, D.; CONSONI, F.; BERNARDES, R. Avaliação da implementação do prontuário eletrônico do paciente e impactos na gestão dos serviços hospitalares: a experiência do InCor – Instituto do Coração. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 36., Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.

JOHNSON, M. P.; ZHENG, K.; PADMAN, R. Modeling the longitudinality of user acceptance of technology with an evidence-adaptive clinical decision support system. **Decision Support Systems**, 2012. No prelo.

LAPOINTE, L.; RIVARD, S. A multilevel model of resistance to information technology implementation. **MIS Quarterly**, v. 29, n. 3, p. 461-491, 2005.

LLEWELLYN, N.; ARMISTEAD, C. Business process management: exploring social capital within processes. **International Journal of Service Industry Management**, v. 11, n. 3, p. 225-43, 2000.

LOCK, M. **BPM and beyond: the human factor of process management**. Boston, MA: Aberdeen Group, 2008.

MARKUS, M. L. Power, politics, and MIS implementation. **Communications of the ACM**, v. 26, n. 6, p. 430- 444, 1983.

MANYALICH, M. Organ procurement: Spanish transplant procurement management. **Asian Cardiovascular & Thoracic Annals**, v. 19, n. 3/4, p. 268-278, 2011.

MATESANZ, R. Factors that influence the development of an organ donation program. **Transplantation Proceedings**, v. 36, n. 3, p. 739-741, 2004.

MESQUITA, M.; ALLIPRANDINI, D. H. Competências essenciais para melhoria contínua da produção: estudo de caso em empresas da indústria de autopeças. **Gestão & Produção**, v. 10, n. 1, p. 17-33, 2003.

NONAKA, I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. **Organization Science**, v. 5, n. 1, p. 14-37, 1994.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação do conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

PESTANA, A. L. et al. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 1, p. 258-264, 2013.

RIVARD, S.; LAPOINTE, L. Information technology implementers' responses to user resistance: nature and effects. **MIS Quarterly**, v. 36, n. 3, p. 897-920, 2012.

ROELS, L. et al. Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database. **Transplant Internacional**, v. 23, n. 8, p. 842-850, 2010.

STEWART, T. A. **Capital Intelectual: a nova vantagem competitiva das empresas**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

SURYANINGRUM, D. H. Assessing individual performance on information technology adoption: a new model. **Global Journal of Business Research**, v. 6, n. 4, p. 11-125, 2012.

SVEIBY, K. E. **A nova riqueza das organizações: gerando e avaliando patrimônios de conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do conhecimento**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

THOMPSON, A. C.; MENDES, E.; THOMPSON, C. E. Os processos de institucionalização como mecanismo de conversão do conhecimento individual em conhecimento organizacional: contribuições da aprendizagem e da gestão do conhecimento. In: Enanpad, 35., Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

VOM BROCKE, J.; SINNL, T. Culture in business process management: a literature review. **Business Process Management**, v. 17, n. 2, p. 357-377, 2011.

WINOGRAD, T.; FLORES, F. **Understanding computers and cognition**. Massachusetts: Addison-Wesley, 1986.

WOODSIDE, A. **Case study research: theory, methods, practice**. United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited, 2010.

YIN, R. **Case study research: design and methods**. 5ed. California: Sage Publications, 2010.

ZHENG, K. et al. Understanding technology adoption in clinical care: clinician adoption behavior of a point-of-care reminder system. **International Journal of Medical Informatics**, v. 74, n. 7/8, p. 535-543, 2005.