

UNIDADES VASCULARES E A GESTÃO DAS MUDANÇAS E INOVAÇÕES

Jacques Édison Jacques

MÉDICO CARDIOLOGISTA INTENSIVISTA
MESTRE EM CONTROLADORIA PELA UFRGS
PROFESSOR DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNISINOS

ASPECTOS CONTEXTUAIS DO TEMA

As doenças cardiovasculares isquêmicas agudas, juntamente com as neoplasias, são as principais causas de óbito nos Estados Unidos (EUA). Naquele país, o acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) é a terceira causa de morte, sendo que 4,5 milhões de americanos convivem com limitações funcionais decorrentes da doença (WATTIGNEY e cols., 2003). Conforme Demaerschalk e Yip (2005), ocorrem aproximadamente 616 mil novos AVCi ao ano nos EUA, enquanto Sinclair e cols. (2001) observam que no Canadá mais de 40 mil pacientes são acometidos pela doença anualmente.

No Brasil, as estatísticas também apontam para o fato de as doenças cardiovasculares serem causa significativa de óbito, responsáveis por valores de aproximadamente 30% ou por mais de 250.000 mortes a cada ano. Dessas, a doença cerebrovascular é considerada a principal causa (Ministério da Saúde, 2006). Além do óbito, em vista do grande risco de estes pacientes sobreviverem, porém com seqüelas, o ônus social decorrente de limitações físicas e cognitivas é também preocupante.

Assim, está justificado de modo pleno que sistemas de saúde e organizações assistenciais se preocupem profundamente com o desenvolvimento de modelos médico-assistenciais que combatam de maneira efetiva esse problema. Programas de prevenção e reabilitação, assim como projetos voltados à abordagem da fase aguda, são de extrema relevância em nosso meio.

Já é consenso que a recanalização precoce da artéria cerebral com substâncias trombolíticas diminui a área de infarto e contribui para melhores desfechos. Baseado em estudo randomizado entre placebo e o fibrinolítico r-tPA (ativador tecidual de plasminogênio) em doses de 0,9 mg/kg, desenvolvido pelo *National Institute of Neurological Disorders Stroke* dos EUA (NINDS), que demonstrou melhora clínica significativa após o 3º mês, além de não elevar a mortalidade, o Food and Drug Administration (FDA) aprovou, em 1996, a utilização do trombolítico, recomendando-o para o uso nas três primeiras horas do início dos sintomas e na dose testada (NINDS, 1995). Logo após, países como o Canadá e a Alemanha também adotaram a recomendação americana. Já um pouco antes, mas principalmente a partir daí, vários centros americanos têm se preocupado em desenvolver grupos médico-assistenciais gerenciados por meio da filosofia das Unidades Vasculares (UV) com foco no AVCi – as *Stroke Unit Care*.

Conforme observação de Fagan e cols. (1998), no *NINDS r-tPA Stroke Trial*, a média de permanência dos pacientes internados foi diminuída de maneira significativa naqueles que receberam a trombólise em comparação ao grupo placebo (10,9 versus 12,4 dias: $p = 0,02$).

Nos EUA, só 3% dos pacientes com AVCi em curso têm usufruído desse tratamento, em parte devido ao fato de que buscam atendimento após a terceira hora, por não reconhecerem (conhecerem) os sintomas (NILASEMA e cols., 2002). Entretanto, embora com o conhecimento científico de que estes pacientes devem ser rápida e agilmente tratados, inúmeras organizações assistenciais têm dificuldades em implementar projetos e coordenar programas no sentido de minimizar ao máximo os efeitos indesejáveis do evento agudo (RULAND e cols, 2003).

Atualmente, a literatura sobre o assunto debate duas questões que abordam a abrangência da utilização da trombólise no AVCi no sentido de beneficiar mais pacientes: (1) a utilização em larga escala, na medida em que programas educativos informam a sociedade a respeito dos sintomas e da necessidade do tratamento precoce; (2) o tratamento trombolítico, sendo iniciado até as primeiras 6 horas do início dos sintomas. É inequívoco pensar que cada vez mais pacientes tenderão a se beneficiar com o tratamento, gerando mais desafios à gestão das organizações assistenciais.

Em relação à primeira questão, Demaerschalk e Yip (2005) comentam que o custo econômico médio da utilização do r-tPA é da ordem de 600 dólares para cada paciente tratado com a droga. Considerando as estimativas de que atualmente não mais de 2% ao ano dos AVCi têm acesso ao tratamento, incrementos proporcionais de 4, 6, 8, 10, 15 ou 20%, determinariam custos econômicos médios de mais ou menos 15, 22, 30, 37, 55 e 74 milhões de dólares respectivamente. Neste sentido, a utilização em escala do tratamento trombolítico no AVCi com r-tPA resultaria em grande economia para o sistema americano de saúde.

Com respeito à segunda questão, Sandercock e cols. (2004) estimam que, por meio do estudo por eles desenvolvido, a relação custo efetivo do tratamento trombolítico com r-tPA é imprecisa, merecendo estudos complementares. De acordo com o modelo de análise utilizado por esses autores, haveria probabilidade de 78% de ganho em qualidade ajustada por meio da sobrevivência durante o primeiro ano. Entretanto, segundo os próprios autores, o modelo de análise econômica utilizado carece de maior robustez para assegurar estimativas mais acuradas.

De modo geral, o atendimento ideal aos pacientes com AVCi pode ser dividido em quatro fases sucessivas e processuais: (1) pré-hospitalar; (2) intra-hospitalar emergencial; (3) intra-hospitalar clínica e (4) follow-up pós-hospitalar (WATTIGNEY e cols., 2003). Este artigo se propõe a discutir basicamente a 2ª fase – intra-hospitalar emergencial, de maneira básica no âmbito da gestão das organizações assistenciais (hospitais), com o objetivo de refletir sobre a importância das UV para a aprendizagem organizacional, no sentido de analisar o significado destas Unidades no contexto das mudanças e inovações. Assim, o artigo assume caráter de ensaio, *propondo um debate que explore os atributos da competência da gestão para conceber e implementar uma UV, questionando quais as medidas mais capacitadoras para obter os resultados almejados*. Além do êxito assistencial, o processo de mudança ou inovação deve ter (e dar) garantias sob o ponto de vista do negócio.

É indispensável comentar que a concepção e implementação de uma UV pode se tornar a essência de um processo de mudança dentro de uma estrutura organizacional assistencial. Deverão mudar inúmeras práticas assistenciais e administrativas, assim como várias relações de trabalho. Serão outros os recursos consumidos. Novos processos se estabelecerão no sentido de contemplar novos indicadores e resultados. Novas capacitações e competências gerenciais. Portanto, outra linguagem deverá ser legitimada: a da reperfusão cerebral em tempo hábil. Todavia, não deve haver ilusão de que simplesmente treinar (capacitar) profissionais acarretará o sucesso da mudança. Seria subestimar a importância social do projeto

e enfraquecê-lo como negócio.

Wattigney e cols. (2003) salientam que a organização de uma UV caracteriza-se pela coordenação multidisciplinar, que envolve reabilitação, programas sociais de educação, programas de treinamento sobre a fase aguda da doença, e especialização de staff médico e de enfermagem, visando a que mais pacientes saibam identificar de maneira precoce seus sintomas e que as equipes assistenciais dotem-se de total agilidade no sentido de reduzir óbitos e seqüelas.

COMPETÊNCIA GERENCIAL PARA MUDAR E INOVAR

Na busca por vantagens competitivas, a aprendizagem organizacional tem contribuído sobremaneira para o desenvolvimento de novos conhecimentos que determinem melhores resultados, mediante processos de mudanças. Segundo Bitencourt (2005), o desenvolvimento de competências gerenciais favorece que as práticas surgidas de novos conhecimentos tornem a gestão mais efetiva.

Conforme abordada por diferentes estudiosos, a questão "competência" pode ser vista por vários prismas. Para Zafirian (2001, p. 66), "A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso". Por sua vez, Boterf (1997) confere destaque diferencial (estratégico) à questão "competência", quando argumenta que depende, além da aptidão dos membros da organização, da qualidade da combinação e articulação entre eles e os demais recursos. De modo resumido, a competência com ênfase gerencial seria um saber-fazer articulando diferentes recursos. Os profissionais técnicos (médicos, enfermeiros etc.) têm a visão de saber-fazer, enquanto a gestão tem a missão obrigatória de articular as várias partes.

As organizações assistenciais, principalmente as hospitalares, estão envolvidas de modo constante em vários tipos de mudanças e inovações, em especial com intuito da racionalização dos custos e da melhoria da qualidade médico-assistencial. São promotoras destes desafios: (1) a longevidade da população; (2) a superespecialização da medicina, que promove o aumento e a complexidade do número de relacionamentos entre os vários profissionais e stakeholders (HARADEN e RESAR, 2004; BION e HEFFNER, 2004), e (3) consumidores mais ávidos por qualidade médico-assistencial visando à satisfação de suas expectativas.

Mudanças e Inovações nas Organizações Assistenciais

Do ponto de vista geral, as organizações hospitalares tendem a experimentar vários tipos de mudanças. Para efeitos deste ensaio, as mudanças estão divididas em *técnicas, relativas aos serviços e produtos, administrativas e nos recursos humanos*. Especificamente em relação aos recursos humanos, o ensaio enfatiza as competências gerenciais necessárias àqueles que assumem o papel gerencial das mudanças nas organizações hospitalares.

Mudanças de ordem técnica

As *mudanças técnicas* estão relacionadas a alterações nos métodos utilizados para a prestação dos serviços médico-assistenciais. O desafio é alterar rotinas pré-existentes no sentido de melhorar a efetividade da empresa, a partir da identificação de *gaps de performances*. Demandas competitivas inevitavelmente pressionam por mudanças técnicas que favoreçam uma relação mais custo efetiva dos padrões médico-assistenciais, resultando, quase sempre, na tentativa de racionalizar o consumo dos recursos.

Mudanças nos produtos e serviços

As *mudanças nos serviços e produtos* implicam operar em condições que agreguem valor às expectativas dos pacientes (sociedade), médicos e fontes pagadoras (operadoras dos planos de saúde). Neste sentido, o processo de mudança e inovação nos serviços e produtos adquire um caráter extremamente estratégico. No entanto, tão importante quanto o resultado de valor obtido, é construir um método organizado de trabalho que dê garantias de

sucesso. Trata-se de expediente obrigatório sem o qual as chances de êxito ficam reduzidas.

Todo o processo de mudança relacionado a novos serviços e produtos (ou a alterações na forma de realizá-los) implica, de modo obrigatório, em algumas etapas encadeadas. O exercício das etapas são condições indispensáveis, devendo ocorrer no período que antecede a implantação ou implementação dos novos serviços ou produtos. "A "geração de idéias, "filtragem de idéias", "especificação das características dos novos serviços e produtos", e " estudos de viabilidade", são etapas intransponíveis nessa fase.

A filtragem das idéias talvez seja a mais importante das etapas. *Qual a possibilidade de posicionamento competitivo? Qual o alinhamento com a missão/visão? Quais as barreiras junto às operadoras dos planos de saúde? Quais as facilidades de imitação pelos concorrentes? Qual o investimento e a rentabilidade? Como os concorrentes vão se comportar?* São perguntas que auxiliam a definir as competências gerenciais necessárias à gestão hospitalar e ensejam melhores resultados.

Mudanças administrativas

As *mudanças administrativas ou estruturais* dizem respeito às questões da gestão, da estratégia e dos objetivos das organizações assistenciais.

A gestão hospitalar pode lançar mão de estratégias que facilitem o processo de mudança administrativa ou estrutural. Conforme Hernandez e Kaluzny (1997), uma abordagem de suma importância integrada às competências gerenciais é o *mapeamento dos stakeholders*. Objetiva criar formas de avaliar como o processo afeta os diversos stakeholders, direcionando ações estratégicas no sentido de preservar os diferentes interesses e facilitar o processo de mudança como um todo. Consiste basicamente em: (1) identificar os stakeholders relevantes; (2) projetar, em cada um, alterações favoráveis e opostas desencadeadas pela mudança, e (3) avaliar o poder dos resultados sobre os interesses de cada um. Baseado nas informações obtidas durante o mapeamento, algumas estratégias diferenciadas podem ser desenvolvidas.

Mudanças nos recursos humanos

As *mudanças nos recursos humanos* têm a intenção de alterar atitudes, comportamentos e valores dos funcionários, conduzindo à obtenção dos resultados da qualidade e da eficiência operacional.

De maneira específica em relação ao recurso humano gerencial, que novos conhecimentos, habilidades e atitudes deverão possuir para preparar suas organizações para novos desafios? Batalden e Splain (2002) desenvolveram oito tipos de competências gerenciais a serem dominados pela gestão hospitalar, visando a condicionar melhorias nos serviços médico-assistenciais. São eles: (1) conhecimento da interdependência dos vários profissionais e da interação das diferentes fases dos processos de diagnóstico e tratamento; (2) conhecimento sobre formas de mensurar os eventos e analisar a variabilidade dos resultados; (3) conhecimento sobre as expectativas e preferências dos clientes dos serviços de saúde; (4) conhecimento do clima interno da organização; (5) conhecimento suficiente para entender os valores dos funcionários, desenvolvendo sistemas de cooperação que participem da estrutura informal de trabalho; (6) conhecimento do contexto socioeconômico da organização e dos impactos econômico-financeiros resultantes para o meio e para as fontes pagadoras; (7) ciência da necessidade de constantemente aprender (innovar) novos métodos operacionais, e (8) ciência da necessidade de constantemente monitorar o desenvolvimento científico dos maiores centros, observando a inovação em programas assistenciais.

ABORDAGEM SOBRE O COMPARTILHAR NO CONTEXTO DAS MUDANÇAS E INOVAÇÕES

No âmbito social das organizações assistenciais, o compartilhar está relacionado ao *compartilhamento de idéias* que representam a comunhão de processos, objetivos e resultados que permeiam toda a organização, como se fossem uma *linguagem típica ou um modo uniforme de pensar e agir*.

No sentido de promover capacidade organizacional e desenvolver vantagem competitiva por meio desse compartilhar, Ulrich

e Lake (1990) identificam quatro tipos (ou níveis) de compartilhamento organizacional de idéias, baseados no *que é compartilhado e quem compartilha*. A Figura 1 ilustra os tipos de compartilhamento organizacional propostos por Ulrich e Lake (1990).

O tipo I, compartilhamento de idéias sobre os resultados da organização, caracteriza-se pelo entendimento, por parte dos funcionários de todos os níveis, acerca dos objetivos estratégicos e financeiros. Os autores acreditam que deste modo as organizações obtêm melhor desempenho e que as lideranças internas da gestão são responsáveis por construir esse compartilhar.

O tipo II, compartilhamento de idéias sobre processos e rotinas da organização, refere-se ao grau de compreensão que têm os funcionários sobre como as atividades são realizadas. Isto envolve fatores de apoio e tomada de decisão, compartilhamento da informação, como os funcionários alocam suas horas de trabalho etc. Os autores argumentam que as organizações que procedem desta forma são mais exitosas nos programas de melhoria contínua, devido à diminuição da redução da variabilidade dos processos de trabalho.

O tipo III diz respeito ao compartilhamento de idéias sobre os resultados da organização mas em nível externo a ela, por intermédio da compreensão e aceitação pelos vários interessados (stakeholders) que com ela se relacionam. O ponto central desse tipo III é unificar os valores dos stakeholders e dos funcionários sobre a organização.

O tipo IV existe quando os stakeholders participam do compartilhamento dos processos de negócio da organização e os utilizam para acompanhar atividades. Compartilhar processos com os stakeholders significa que fornecedores, consumidores, financistas, e outros grupos entendam e aceitem não apenas o que a organização faz, mas sobretudo como faz.

Para Ulrich e Lake (1990), as organizações que conseguem exercer a integralidade dos quatro tipos de compartilhamento obtêm preciosa vantagem competitiva, uma vez que são práticas complexas de difícil imitabilidade por organizações concorrentes.

PROCESSO ASSISTENCIAL TROMBOLÍTICO DO AVCi NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR

A essência do sucesso para o bom gerenciamento do processo assistencial trombolítico no AVCi trata, de maneira fundamental, da agilidade em reperfundir a artéria até 3 horas do início dos sintomas e minimizar ao máximo os riscos de sangramento. Isto implica numa triagem eficaz e num competente processo decisório que defina a utilização do fibrinolítico. Trata-se, então, de um processo que envolve médicos emergencistas, médicos especialistas, enfermeiros, bioquímicos e radiologistas, numa luta incessante contra o relógio. Cada uma das etapas que contribuem para a tomada de decisão devem ser minuciosamente controladas. Neste sentido, indicadores de tempo de check-in no serviço, tempo de triagem, eficácia da triagem, tempo de exame de imagem, e tempo da decisão final, compõem o sistema de avaliação de performance do processo. Mais importante do que geograficamente construir uma UV, é ter um processo funcional que caracterize a agilidade e qualidade do atendimento. Assim, uma UV (com ênfase na fase aguda) é, no conceito, uma forma processual específica de trabalho, que relaciona diferentes profissionais e outros recursos em prol de um objetivo comum, ao invés de uma simples área física como tantas outras dentro dos hospitais.

PONTOS DE DISCUSSÃO E REFLEXÕES

Diante do exposto, a concepção e implementação de uma UV com características funcionais próprias, que obrigatoriamente deverão mudar paradigmas e incrementar outros, faz parte do conjunto de ações estratégicas de uma organização assistencial que objetiva vantagens competitivas.

Para tanto, sua criação vai muito além de um simples programa de treinamento e capacitação dos profissionais. Como vimos, sua cadeia de agregação de valor envolve desde a educação da sociedade para o fato, até formas de reabilitação funcional, passando pela etapa crítica do atendimento de emergência.

De modo específico em relação às mudanças obrigatórias, para o bom diagnóstico e tratamento da fase aguda do AVCi num departamento de emergência hospitalar à luz dos conceitos e teorias expressos antes, são feitos, a seguir, alguns comentários no sentido de tornar exitosa a aventura de fazer a gestão (inicialmente da mudança) da UV, para que obtenha bons resultados, tanto assistenciais quanto econômicos (de negócio).

1. A filtragem de idéias é das etapas mais fundamentais. Por meio dela é possível obter uma perspectiva de negócio daquilo que está sendo mudado ou inovado, enfim, do proposto. Esta orientação é fator crítico de sucesso para que vantagens competitivas sejam pensadas já nessa fase e mantidas. Todavia, não há como falar em vantagem competitiva se não houver interação com os vários stakeholders. E, no segmento da saúde, as operadoras dos planos de saúde (convênio), uma vez que “pagam a conta”, são, talvez, a parte mais interessada (preocupada) nos novos negócios a partir de inovações tecnológicas. Assim, durante a filtragem de idéias, nada mais justo do que trazer, já nessa etapa, questões para debate que envolvam esses stakeholders.

2. Sobre o “mapeamento dos stakeholders”: “quem são eles? De que forma, na vigência do processo de mudança e inovação trazido pela concepção e implementação de uma UV, eles serão contemplados?” são questões que, se bem entendidas, facilitarão sobremaneira as negociações que deverão se basear num ganha-ganha para as partes – organização, médicos e operadoras. Para tanto, é indispensável desenvolver idéias compartilhadas.

3. Em relação ao compartilhamento de idéias, como forma de ser comungada por toda a organização a concepção e implementação da UV, algumas considerações merecem destaque:

Do ponto de vista da gestão interna, é fundamental compartilhar com as equipes assistenciais não apenas métodos de treinar e capacitar, mas também a construção de indicadores e de sistemas de avaliação da performance do negócio. São formas de alinhar estrategicamente todos os profissionais e facilitar o processo de implementação.

O compartilhamento de interesses, principalmente com as operadoras, é crucial sob o ponto de vista do negócio. A transparência dos resultados e o modo como são divulgados são estratégias para facilitar os sistemas de auditoria. Caso isto não seja contemplado, tudo o que foi pensado e até implementado pode se transformar numa grande incerteza.

4. E a gestão de tudo isso, ou seja, a gestão da UV como concepção processual de trabalho (diferente daquela gestão departamental)? Não se deve esquecer que este paciente (assim como vários outros) transita por vários departamentos: emergência, métodos diagnósticos por imagem, UTI etc. Cada um desses departamentos têm seus custos (recursos) fixos e indiretos alocados. Salários de mão-de-obra de profissionais são exemplos. Se não houver visão processual de atendimento contínuo, alguns desses recursos poderão ser utilizados de maneira inadequada, gerando perdas ou ociosidades à organização. Na visão de processos assistenciais, que perpassam barreiras departamentais, o dimensionamento adequado dos recursos é questão central.

5. E, acima de tudo, lembrar que, na medida em que a sociedade se educa no sentido de utilizar em escala a trombólise no AVCi, outros processos paralelos de apoio deverão ser desenvolvidos de modo paulatino. Então, ousar. Não desenvolver um projeto de UV de vida efêmera, pensando em contemplar apenas 3% dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATALDEN, Paul; SPLAINE, Mark. What will it take to lead the continual improvement and innovation of health care in the twenty-first century? *Quality Management in Health Care*, 2002;11:45-54.

BION, JF; HEFFNER, JE. Challenges in the care of the acutely ill. *Lancet*, 2004; 363: 970-977.

BITENCOURT, Claudia. *Gestão de competências e aprendizagem nas organizações*. São Leopoldo: UNISINOS, 2005.

BOTERF, G. *Construire la Competence Colletive de Lémtreprise*. *Gestion*, vol. 22, nº 23, Automne, 1997.

DEMAERSCHALK, Bart; YIP, Todd. Economic Benefit of Increasing Utilization of Intravenous Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke in the United States. *Stroke* 2005;36:2500-2503.

FAGAN, C; MORGENSTERN, B; PETITTA, A; WARD, E; TILLEY, C; MARLER, R; LEVINE, R; BRODERICK, P; KWIATKOWSKI, G; FRANKEL, M; BROTT, G; WALKER, D; The NINDS r-tPA Stroke Study Group. Cost-effectiveness of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *NEUROLOGY* 1998;50:883-890.

HARADEN, Carol; RESAR, Roger. Patient flow in hospitals: understanding and controlling it better. *Frontiers of Health Services Management*, 2004;1:1-14.

HERNANDEZ, R. S.; KALUZNY, A. D. Organizational Innovation and Change. In SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. *Essentials of Health Care Management*. Library of Congress Cataloging-in-Publications Data, 1997. (Capítulo 12 – p. 355-380).

Ministério da Saúde. Disponível no site <http://portal.saude.gov.br/saude/> Consultado em março / 2006

National Institute of Neurological Disorders and Stroke r-tPA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581-1587.

NILASENA, S; KRESOWIK, F; PISKAC, F; KRESOWIK, A; BRENTON, A; WILWERT, M; HENDEL, E. Assessing patterns of tPA use in acute stroke. *Stroke* 2002;33:245. Abs

RULAND, S; GORELICK, B; SCHNECK, S; KIM, D; MOORE, G; LEURGANS, S. Acute stroke care in ILLINOIS: a statewide assessment of diagnostic and treatment capabilities. *Stroke* 2002;31:66-70.

SANDERCOCK, Peter; BERGE, Eivind; DENNIS, Martin; FORBES, John; HAND, Peter; KWAN, Joseph; LEWIS, Steff; LINDLEY, Richard; NEILSON, Aileen; WARDLAW, Joana. Cost-Effectiveness of Thrombolysis With Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Stroke Assessed by a Model Based on UK NHS Costs. *Stroke* 2004;35:1490-1498.

SINCLAIR, Shannon; FRIGHETTO, Luciana; LOEWEN, Peter; SUNDERJI, Rubina; TEAL, Philip; FAGAN, Susan; MARRA, Carlo. Cost-Utility Analysis of Tissue Plasminogen Activator Therapy for Acute Ischaemic Stroke. *Pharmacoeconomics* 2001;19:927-936.

ULRICH, D.; LAKE, D. *Organizational Capability*. New York: John Wiley & Sons, 1990. (Capítulo 4 – Creating Shared Mindset: Unity of Culture – p. 55-75).

ZAFIRIAN, P. *Objetivo Competência*. São Paulo: Atlas, 2001.

WATTIGNEY, Wendy; CROFT, Janet; MENSAH, George; ALBERTS, Mark; SHEPHARD, Timothy; GORELICK, Philip; NILASENA, David; HESS, David; WALKER, Michael; HANLEY, Daniel; SHWAYDER, Patti; GIRGUS, Meighan; NEFF, Linda; WILLIAMS, Janice; LABARTH, Darwin; COLLINS, Janet. Establishing Data Elements for the Paul Coverdell National Acute Stroke Registry: Part 1 – Proceedings of an Expert Panel. *Stroke* 2003;24:151-156.

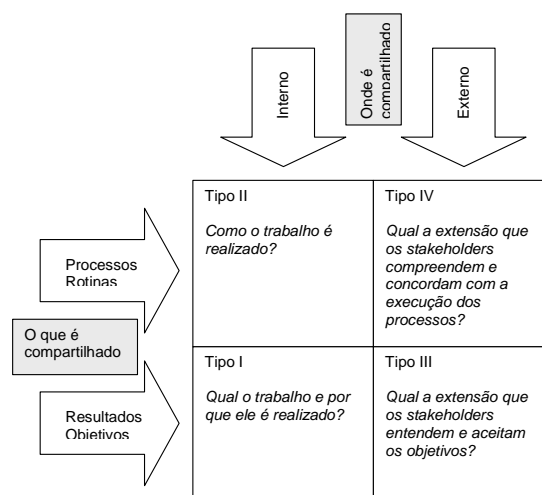


Figura 1: Compartilhamento organizacional de idéias (adaptado de Ulrich e Lake, 1990)