

Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais

Hospital Management: identifying learning practices in hospitals

Gustavo Severo de Borba

Doutor em Engenharia da Produção, Professor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Endereço: Av. Luiz Manoel Gonzaga, 744, Três Figueiras, CEP 90470-280, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: gborba@unisinos.br

Francisco José Kliemann Neto

Doutor em Engenharia da Produção, Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço: Av. Osvaldo Aranha, 99, 58 andar, CEP 90040-020, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: kliemann@producao.ufrgs.br

Resumo

A profissionalização da gestão em hospitais, a partir de diferentes práticas da administração, tem sido amplamente discutida, à luz de conceitos como gestão baseada em evidência, gestão do conhecimento e aprendizagem organizacional. Entretanto, são poucos os artigos identificando e discutindo essas práticas nas organizações de saúde. Este é o objetivo do presente artigo. Buscou-se realizar uma análise histórica da gestão em saúde no Brasil, considerando uma mudança a partir do processo de descentralização. Foi realizado o mapeamento das práticas de gestão enfatizando-se as metodologias de aprendizagem existentes no setor, a partir de pesquisas documentais. Pôde-se perceber uma mudança de modelo mental na área, passando de um enfoque linear para um enfoque sistêmico. Da mesma forma, identificou-se o processo de construção do conhecimento nessas organizações, especialmente a partir da prática médica. Constatou-se ainda que o processo de aprendizagem enfatiza a aprendizagem individual e não a aprendizagem organizacional. **Palavras-chave:** Aprendizagem organizacional; Gestão em hospitais; Gestão baseada em evidência.

Abstract

The continuous improvement in management process of hospitals, has been widely related to concepts as evidence-based management, knowledge management and organizational learning. However, there are few articles identifying and presenting these practices in the health organizations. This is the objective of the present article. First, a historical analysis of health management in Brazil was conducted, considering the decentralization process. In this context, we perform a research to identify learning methodologies in the sector, from documentary research. A change of mental model in the area, looking for a systemic approach can be perceived. In the same way, the process of knowledge construction in these organizations generally started from the medical practice. One evidenced despite the learning process emphasizes the individual learning and not it organizational learning. **Keywords:** Learning Organization; Health Management; Evidence-based management.

Introdução

A ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade do atendimento têm fortalecido a importância de uma gestão mais efetiva sobre os recursos do setor e a qualidade do atendimento. Nesse contexto, diferentes técnicas e ferramentas, muitas vezes utilizadas no setor industrial, têm sido adaptadas para a área de saúde. Dentre estes métodos ou ferramentas, destaca-se o foco na qualidade (Chow-Chua e Goh, 2002; Niakas e col., 2004; Revere e Black, 2003).

Este artigo descreve um breve histórico sobre a saúde no Brasil, enfatizando as mudanças que aconteceram nas últimas três décadas. A seguir, serão descritas as principais tendências na área de gestão em saúde, dando ênfase à questão da qualidade no atendimento, às certificações existentes no setor e, especialmente, ao processo de gestão baseada em evidência, que possui forte relação com os princípios da aprendizagem organizacional. Por fim, faz-se um mapeamento teórico das práticas de aprendizagem existentes nas instituições de saúde. Como metodologia de pesquisa, destaca-se o processo de revisão bibliográfica realizado, considerando os principais periódicos da área em estudo.

Breve Histórico do Setor de Saúde

O setor de saúde brasileiro está passando, nas últimas décadas, por uma constante transformação, buscando maneiras diferentes de alcançar a descentralização das políticas de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa mudança está diretamente relacionada a uma alteração de enfoque, tanto no processo de gestão quanto no processo de atenção aos pacientes. O Quadro 1 tem como objetivo apresentar um histórico do sistema de saúde, demonstrando a ênfase existente, antes da década de 1980, na centralização dos serviços pelos inúmeros órgãos e institutos sobrepostos. A partir de meados dos anos 1980, especialmente com a Constituição de 1988, esse processo sofreu uma forte mudança em direção à descentralização.

Quadro 1 - Breve histórico do sistema de saúde brasileiro

Data	Órgãos, institutos e leis	Objetivos e características	Principal fonte bibliográfica
1920-1930	Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS).	Início da previdência social no Brasil. Responsáveis pelos benefícios e serviços de saúde, para empregados de empresas específicas — sem recursos do poder público.	Cunha e Cunha, 1998.
1930-1945	Institutos de Aposentadoria de Pensões (IAPS).	Organizados por categorias profissionais e não mais por empresas — administração dependente do Governo Federal. Foco: ações centralizadas de saúde.	Cunha e Cunha, 1998.
1945-1965	Constituição de 1946, Lei orgânica da previdência de 1960.	Uniformiza direitos dos segurados dos diferentes institutos — ampliação dos benefícios e serviços.	Cunha e Cunha, 1998; Médici, 1994.
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo governo brasileiro.	“(…) tratar os doentes individualmente enquanto o Ministério de Saúde deveria elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.”	Bertolli Filho, 1996, p. 54
1967	INPS cria convênios com 2300 dos 2800 hospitais existentes na época no país.	Ampliação do atendimento.	Bertolli Filho, 1996.
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) — nova relação com a rede privada.	Crescimento dos serviços da previdência social.	Gonçalves e Malik, 1989.
1976	Reestruturação do Ministério da Saúde e criação da Secretaria de Ações Básicas de Saúde (SNPES).	Os SNPES eram responsáveis pelos programas de assistência médica sanitária.	Tanaka e col., 1992.
1978	Criação do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social — Inamps, como sucessor do INPS.	Essa ação acarretou um processo de centralização técnico-administrativa das decisões no âmbito da assistência médica individual de caráter curativo.	Tanaka e col., 1992.
1980	Prevsauúde.	Estratégia de integração de maior abrangência envolvendo o Ministério de Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Objetivo: estender a cobertura dos serviços básicos de saúde a toda a população, articular as várias instituições de saúde e reorganizar a oferta dos serviços.	Tanaka e col., 1992.
1981	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp).	Propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária.	Bertolli Filho, 1996.
1982	Ações integradas de saúde.	Criado a partir do Conasp com o objetivo de integrar e racionalizar o atendimento médico.	Médici, 1994.
1987	Criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).	Inicia-se o processo de modificação do modelo de saúde — regionalização, descentralização e hierarquização.	NEPP, 2000
1988	Constituição Federal.	Estabelece-se o SUS como nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde.	Soares, 1988.
1990	Criação do Conselho Nacional de Saúde e da Lei Orgânica da Saúde (LOS).	LOS, artigo 4: “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.	Lei 8.080 de 19/09/1990 (Brasil, 1990).

Data	Órgãos, institutos e leis	Objetivos e características	Principal fonte bibliográfica
1991	Norma operacional básica (NOB-SUS).	Determina o padrão único de pagamento para prestadores públicos e privados, alocação de recursos para o setor público condicionada à produção, estabelece convênios entre a união e os municípios.	Grigório, 2002.
1993	NOB SUS 93.	Estabelece o princípio da municipalização como havia sido concebido. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estratégias que consagram a descentralização político-administrativa da saúde.	Carvalho, 1995.
1996	NOB SUS 96.	Acelera a descentralização dos recursos federais para os estados e municípios. Consolida a tendência de autonomia de gestão descentralizada, rompe com o produtivismo e cria programas dirigidos à população carente como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) bem como práticas relacionadas a uma nova lógica assistencial (programa de saúde da família – PSF).	Brasil, 1997.
1997	NEPP.	58% dos municípios brasileiros haviam aderido ao SUS.	NEPP, 2000.
1998	Lei n. 9.656.	Regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde.	Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, publicada em 4 de junho de 1998. (Silva, 1998)

Fonte: Borba (2005).

De acordo com o Núcleo de estudos de políticas públicas (NEPP): “No início dos anos 80 o marco institucional da saúde é descrito como centralizador, com duplo comando, elitista (voltado para a atenção individualizado-curativa, em vez da atenção coletivo-preventiva) e, finalmente, com acentuada superposição de atribuições entre os três níveis do governo. Esse enfoque começa a ser modificado a partir da criação das ações integradas de saúde sucedidas pelo SUDS e, posteriormente, pelo SUS.” (NEPP, 2000, p. 10).

Para Cunha e Cunha (1998), uma das questões mais importantes, presentes na definição do SUS, é o conceito de saúde. Pode-se perceber uma visão mais abrangente e sistêmica identificando a saúde como diretamente relacionada a três elementos:

- meio físico (condições geográficas, infra-estrutura básica, etc.);
- meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, etc.);
- garantia de acesso aos serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa visão incorpora uma série de elementos que são condições necessárias para a saúde da população. A proposta do SUS, de universalização e descentra-

lização da saúde, embora tenha modificado radicalmente o processo de atendimento no país e seja considerado um esforço bem-sucedido de democratização da saúde, adicionou complexidade ao sistema de saúde, tanto na operacionalização do atendimento quanto nas relações entre as esferas de poder do país.

Embora o Ministério da Saúde desenvolva inúmeras políticas com foco na prevenção e o atendimento primário seja importante no processo integrado de atendimento, os hospitais da rede SUS possuem papel fundamental na operacionalização do sistema.

Gonçalves (1983, p. 20) define hospital como: “(...) uma organização completa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos”. De acordo com Mirshawka (1994, p. 22): “De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital.”

Daft (1999) descreve o hospital como uma empresa de serviços, que pode ser classificada a partir das cinco dimensões propostas pelo autor:

- Produção e consumo simultâneos: esse processo pode ser identificado no atendimento realizado pelo médico e pelos demais profissionais do hospital. Nele, o

atendimento é caracterizado como o serviço e é recebido pelo paciente ao mesmo tempo em que é realizado pelo médico. Em serviços complementares, como coleta de exames, o resultado é obtido posteriormente, mas sua aplicação – por meio do diagnóstico médico – é simultânea ao atendimento.

- Produtos personalizados: embora existam padrões de conduta (como protocolos clínicos) que permitem um apoio à tomada de decisão médica, cada paciente recebe atendimento personalizado e é percebido como único para o prestador do serviço. Vale salientar que o aumento da complexidade nas patologias clínicas tem reforçado a necessidade de protocolos clínicos, como base para a tomada de decisão.
- Participação dos clientes (pacientes) nos processos de produção: uma consulta às informações dos pacientes é fundamental para o diagnóstico do médico.
- Produto intangível: no processo de atendimento, não existe produto físico resultante. O produto é o próprio atendimento.
- Ênfase em pessoas: os serviços somente são realizados pelos funcionários, na presença dos pacientes. Quando não existe demanda, o profissional de saúde não pode “armazenar” o tempo e utilizá-lo posteriormente.

Além disso, a complexidade de gestão na área hospitalar alinha-se à avaliação do hospital, como componente de um sistema de saúde mais amplo e à análise das características internas do hospital.

Constata-se, a partir dos pontos discutidos, que a evolução do conceito de assistência à saúde tem pro-

vocado mudanças no foco da prestação dos serviços de saúde e, conseqüentemente, em sua gestão (Stumpf, 1996). Esse processo está ainda mais presente no setor saúde, quando se percebe a importância da atenção primária como fator relevante para o aumento da qualidade no atendimento.

Além disso, a configuração do setor hospitalar deve considerar fatores contextuais importantes, como modificações em práticas clínicas, mudanças no perfil da demanda, entre outras, que configuram um processo de mudança no setor de saúde. Na próxima seção, serão descritas essas mudanças, a partir do contexto apresentado.

Mudanças no Setor Saúde

Segundo Campbell e col. (1999), o crescimento da demanda por serviços de saúde, o aumento dos custos e das restrições, além das modificações constantes nas práticas clínicas, têm ampliado o interesse de várias nações pelo monitoramento da qualidade dos serviços de saúde.

O Quadro 2 faz uma comparação que identifica elementos importantes para a qualidade no setor industrial e na assistência médica. A área de saúde é um ambiente complexo, no qual as políticas de saúde, a forma de interação e a prestação do serviço tornam alguns fatores mais relevantes para a melhoria da qualidade de atendimento. Nesse sentido, é importante que haja equidade e otimização dos recursos, bem como a interação entre cliente e fornecedor do serviço, no modelo de assistência à saúde.

Quadro 2 - Elementos importantes para a qualidade: setor industrial e assistência a saúde

Variáveis de análise	Setor industrial	Assistência à saúde
Qualidade	Percebida como aquilo que o consumidor deseja e compra – claramente vinculada ao produto adquirido.	Percebida como aquilo que é bom para o consumidor – definida por ele e pelo prestador do serviço.
Interação cliente-fornecedor	Pouco relevante, o cliente obtém o produto com pouca interação com o fornecedor.	Complexidade da relação, por exemplo, médico-paciente. Interação constante entre o fornecedor e o cliente.
Consumidor	Co-produtor da qualidade pelo uso do produto. A responsabilidade pela qualidade é do produtor.	Co-produtor da qualidade em maior intensidade – co-responsável, dado que deve seguir as condutas estabelecidas para a obtenção do sucesso no processo.
Baixo custo	Item componente da qualidade.	Possui importância menor.
Otimização e equidade	Menor importância.	Fundamental, dependendo das políticas e de sua implantação.

Fonte: adaptado de Donabedian (1993).

Cunha (2002) salienta que, diferentemente do setor industrial, a abordagem prática da qualidade na área da saúde são os processos de avaliação para Acreditação Hospitalar. Para Quinto Neto e Gastal: “A Acreditação Hospitalar não se constitui numa auditoria ou procedimento de habilitação institucional, porquanto estas são as funções de governo. Ela é uma maneira consistente de regular a qualidade dos serviços de saúde na medida em que os parâmetros de avaliação se modificam ao longo do tempo, além de que globalmente o instrumento contém itens que são ‘puxados’ para cima da média, a fim de servir de estímulo para a contínua melhoria dos serviços.” (1997, p. 24).

Segundo Cunha (2002), o panorama do setor hospitalar não difere de alguns setores da economia brasileira, sendo uns dos seus principais problemas a redução de investimentos na área e o seu mau gerenciamento. Desse modo, a qualidade dos serviços de saúde tem estado à mercê dos interesses específicos das instituições. As alternativas que surgem estão relacionadas à opção por um dos modelos de acreditação hospitalar ou pelo modelo de avaliação da gestão orientado pelos critérios de excelência do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e do Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP).

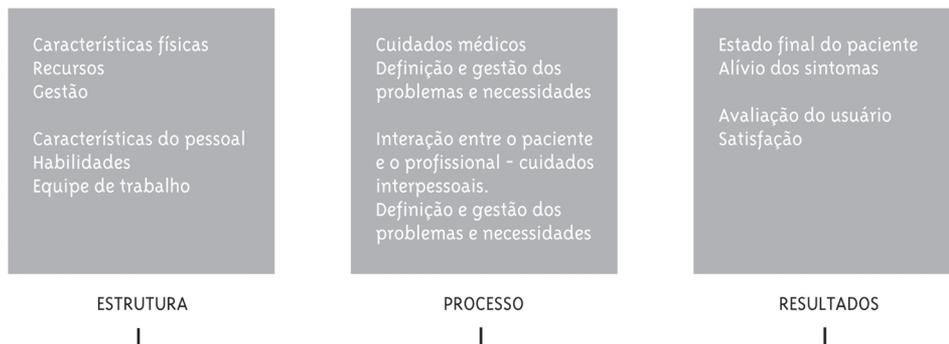
Segundo Borba e col. (2004), a importância da qualidade pode ser observada nas diferentes pesquisas e artigos científicos que versam sobre o assunto. Esse tema tem sido discutido a partir de diferentes perspectivas, seja com foco na qualidade do atendimento (Niakas e col., 2004), seja na avaliação de modelos e sistemas como o *Balanced Scorecard* (BSC) (Chow-Chua e Goh, 2002), Seis Sigma (Revere e Black, 2003) ou em modelos mais abrangentes de gestão da qualidade (Grazier, 1999).

Além disso, diferentes pesquisas em países como Inglaterra (Campbell e col., 1999; Buetow e col., 2000), Estados Unidos (Lorence e Jameson, 2002; Schuster e col., 1998) e Brasil (Malik e Talles, 2001; Borba e col., 2004) têm avaliado como os hospitais utilizam os princípios da qualidade e os sistemas de qualidade disponíveis.

Como questão primordial para análises nessa área, destaca-se a necessidade de um conceito para saúde que dê conta das mudanças percebidas no foco dos sistemas (centralização para descentralização) e que evidencie as relações entre os diferentes componentes desse sistema.

O modelo da Figura 1 tenta descrever essas relações, a partir de uma adaptação feita por Buetow e col. (2000).

Figura 1 - Modelo baseado na abordagem de sistemas para a avaliação da atividade de cuidados com a saúde



Fonte: adaptado de Buetow e col., 2000, p. 1613.

Esse modelo pode ser utilizado para uma análise mais aprofundada da qualidade do atendimento na área de saúde. Há uma relação direta entre a estrutura disponível (recursos técnicos ou humanos que permitem a realização do atendimento), os processos de atendimento (envolvendo os cuidados médicos e as relações sociais e psicológicas entre o paciente e o médico, bem como outros profissionais do sistema de saúde) e os resultados alcançados nos processos (indicadores e itens de controle relacionados à satisfação do usuário e ao estado final do paciente). Esse modelo de sistema pressupõe uma relação circular, na qual os resultados finais causam forte impacto na estrutura e na definição dos processos de atendimento. Além disso, pode-se identificar a importância de indicadores para a avaliação dos resultados (Mullen, 2004; Peursem e col., 1995). Nesse sentido, Buetow e col. (2000) sugerem uma análise da qualidade do atendimento com base em dois indicadores: acesso (barreiras geográficas ou estruturais) e efetividade (os processos atendem às necessidades do paciente e possuem um elevado grau de resolutividade).

Pode-se perceber, a partir dos autores pesquisados, uma compreensão clara da importância de vários atributos para a construção de um conceito abrangente de qualidade em ambientes hospitalares. Dentre esses atributos, destacam-se a importância do Contexto de prestação do serviço, formas de interação entre o prestador e o paciente, a existência de sistemas de qualidade que certifiquem os processos de atendimento e, sobretudo, uma visão sistêmica dos serviços, considerando a estrutura existente, os processos de atendimento e os resultados obtidos.

Essa visão tem estimulado o desenvolvimento de pesquisas sobre gestão hospitalar, sendo o uso da medicina e da gestão baseada em evidências, que será descrita na seção seguinte, um dos principais temas pesquisados.

Medicina e Gestão Baseada em Evidência

Segundo Sackett e col. (1996), a discussão sobre medicina baseada em evidência teve início no final dos anos 1980, quando o autor definiu o termo para indicar a busca constante pela aplicação das melhores evidências existentes, para definição da conduta apli-

cável a cada problema clínico identificado.

Nijhof (2003) afirma que, devido a essa mudança na prática médica, a demanda por pesquisas na área cresceu significativamente. Alguns estudos demonstram a preocupação com a medicina baseada em evidência como central para um atendimento de qualidade (Lorence e Jameson, 2002; Warburton e Black, 2002).

Conforme Doremus e Michenzi (1993), todos os tipos de evidência são derivados de dados brutos, e a qualidade do tratamento desses dados é pré-requisito para a adoção da prática clínica baseada em evidência.

Blidner e col. (2002) complementam essa questão enfatizando que, embora a aplicação da evidência seja importante para a qualidade do atendimento, incorporá-la à prática é um dos grandes desafios dos profissionais da área de saúde.

Essa preocupação é reforçada pelo estudo descrito por Kovner e col. (2000). Os autores acreditam que as principais decisões tomadas nas organizações de saúde são baseadas em evidências não-sistematizadas e sem uma avaliação mais aprofundada. Não existe um questionamento sobre a validade das informações utilizadas para a tomada de decisão.

Essa visão é reforçada pela constatação de que pouca evidência foi gerada sobre as melhores práticas gerenciais, que não são amplamente compartilhadas: as pesquisas em gestão na área são limitadas se comparadas às pesquisas em outros setores.

Kovner e col. (2000) salientam que os sistemas de saúde tradicionalmente focavam suas pesquisas na análise da margem operacional e de orçamentos passados. Assim, o suporte para pesquisa e tomada de decisão é geralmente considerado despesa com pouco ou nenhum retorno sobre o investimento. Além disso, os gestores de saúde carecem de treinamento e experiência para colaborar com os pesquisadores de saúde e de um maior comprometimento com os valores da pesquisa aplicada - os gestores não foram capacitados para tomar decisões estratégicas baseadas em evidência.

Niedzwiedzka (2003) apresenta um estudo realizado no sistema de saúde da Polônia, no qual foram pesquisados profissionais da área de saúde com diferentes perfis (diretores de hospitais, diretores médicos, enfermeiras em cargos de chefia e diretores de instituições governamentais responsáveis pelo planejamento dos serviços de saúde), sobre questões re-

lacionadas à importância de se ter evidências sistematizadas para apoio à tomada de decisão. Esse estudo obteve um bom percentual de retorno (57%), contando com 815 questionários para análise. Também foram observadas algumas barreiras referentes ao processo de gestão baseada em evidências na área de saúde. Uma das questões identificadas é o baixo percentual de profissionais que consideram que os resultados das pesquisas possuem significativa influência na prática da saúde - apenas 15%. Além disso, apenas 3,2% percebem o desenvolvimento de conhecimento científico como causa de forte impacto no apoio à tomada de decisão em sua área.

Quando questionados sobre os motivos que dificultam a prática da gestão baseada em evidência, os pesquisados destacaram a definição de financiamentos inadequados para a área de saúde. Preocupações com questões pertinentes, como o acesso a fontes de dados e o aprimoramento das competências são deixadas em segundo plano por eles.

Outro dado relevante é que menos de 20% dos pesquisados responderam acessar as bases de dados e de pesquisa sem maiores problemas. Em média, 18% dos respondentes percebem a falta de habilidades como uma barreira para acessar as bases de dados. Nesse sentido, a maior parte dos entrevistados - por não perceber a falta de habilidades como determinante - não procura ampliar suas competências e seus conhecimentos.

Embora a pesquisa citada tenha sido realizada em um país com uma realidade distinta da brasileira, cabe a reflexão sobre as informações identificadas.

Além das questões sobre o perfil dos profissionais gestores da área de saúde, existe, como citado anteriormente, uma grande carência de publicações que apresentem métodos e ferramentas para a gestão da saúde a partir da evidência.

Kovner e col. (2000) avaliaram nove periódicos relacionados à gestão em saúde na *Harvard Business Review* entre os meses de janeiro de 1997 e setembro de 1999 (33 meses). Dos 300 artigos publicados com enfoque em gestão (de 90 a 110 por ano em um setor de um trilhão de dólares), 209 foram estudos baseados em metodologias específicas. O ambiente mais comum para estudos foram hospitais (109 artigos).

Dos 300 artigos, dois terços estavam relacionados a um dos seguintes tópicos: gestão financeira (103),

gestão da qualidade e do desempenho (53), projeto/desenho organizacional (44), mudança organizacional (27), funções gerenciais como liderança, ética e desempenho (12) e governança (5).

Com base nesses dados, e partindo do pressuposto de que os artigos revisados no estudo refletem o estado da arte em pesquisa na gestão em saúde, os autores concluem que:

- poucos artigos foram publicados na área.
- poucos artigos contribuem para efetiva e eficiente gestão hospitalar.
- as fundações de pesquisa não percebem a gestão em saúde como um tema prioritário.
- a maior parte das pesquisas na área volta-se para questões como custos e não está orientada à agregação de valor.
- o foco é hospitalar e não ambulatorial ou para serviços crônicos.

As conclusões expostas pelo estudo demonstram a importância do conceito de gestão baseada em evidência, bem com a carência de pesquisas que sistematizem práticas para a gestão efetiva da saúde. Para Ellrod e col. (1997), o uso da gestão baseada em evidência leva a seis questões fundamentais para a melhoria do processo de gestão:

1. Permite a aquisição de informações válidas para a prática médica.
2. O consenso pode ser alcançado quando a evidência torna-se inquestionável para a prática.
3. A mudança no comportamento dos profissionais pode ser incorporada a programas de gestão da doença.
4. As variações próximas à prática ótima podem ser reduzidas.
5. As recomendações não são realizadas se há uma pesquisa inadequada.
6. As lacunas de conhecimento podem ser identificadas, o que auxilia na definição de uma agenda de pesquisa.

A partir da pesquisa realizada, percebe-se uma forte ligação entre o conceito de gestão baseada em evidência e a necessidade de aprendizagem organizacional.

Diferentes autores têm discutido o tema aprendizagem organizacional. Entretanto, alguns elementos são identificados pela maioria deles como fundamentais para o conceito de aprendizagem organizacional, como:

• **A importância do processo de aprendizado coletivo:** diferentes autores salientam a importância do aprendizado coletivo e em grupo como pré-requisito para o aprendizado na organização (Senge, 1990; Argyris, 1993).

• **Relação entre aprendizagem e mudança:** a aprendizagem organizacional é vista como elemento-chave para que as organizações se adaptem ou construam a mudança mais facilmente (Garvin, 1993; Kim, 1993; Marquadt, 1996).

• **Relação entre aprendizagem e melhoria:** pela aprendizagem organizacional, as empresas estão mais aptas a melhorar seu desempenho e desenvolver novas competências (Garvin, 1993; Dowd, 2000).

Esses elementos possuem relação direta com os conceitos de gestão e medicina baseada em evidência. Dessa forma, um dos pressupostos deste trabalho é a necessidade de implantação de ferramentas e técnicas para a construção de aprendizagem organizacional para a implantação de uma cultura baseada em evidências. O mapeamento de práticas e princípios de aprendizagem realizado será descrito na próxima seção.

Aprendizagem Organizacional e Organizações de Saúde: mapeamento teórico

Segundo Ojha e col. (2002), a área hospitalar está sofrendo uma mudança de paradigma. Essa mudança abandona uma visão vinculada ao atendimento de padrões, que percebia a qualidade como custo, enfatizava a gestão como controle e identificava a delegação de poder como problema, para uma visão que busca a melhoria contínua, possui os seus recursos focados na qualidade, nas melhorias entre departamentos, trabalha com o conceito de gestão baseada em evidência, considera o gestor colaborador e os empregados solucionadores de problemas. Nesse novo paradigma, torna-se fundamental a tomada de decisões estratégicas nas organizações de saúde.

Embora o setor de saúde seja rico em experiências e práticas de gestão, existem poucos estudos que analisam essas abordagens. Segundo Kovner e col. (2000)

as principais decisões tomadas nas organizações de saúde baseiam-se em evidências não sistematizadas. Não existe um questionamento sobre a validade das informações utilizadas para a tomada de decisão. Por isso, pouca evidência foi gerada sobre as melhores práticas gerenciais, as quais não são amplamente compartilhadas: as pesquisas em gestão na área são limitadas se comparadas a pesquisas em outros setores.

Ainda que o tema da aprendizagem organizacional tenha crescido consideravelmente nos últimos anos, partindo de 200 artigos entre 1990 e 1996 (Crossan e Guatto, 1996), para 2763 artigos entre 1994 e 2006 (pesquisa por meio do proquest, utilizando a base ABI/Inform Global em 28/08/2006), esse crescimento não é percebido quando associamos o tema à área da saúde.

Nesse mesmo período, uma pesquisa associando o tema à área de saúde (utilizando as expressões-chave “*organizational learning*” e “*health care*”) apresentou como resultado 38 artigos. Contudo, o enfoque dado aos artigos não está diretamente relacionado à teoria e à prática de métodos para a transformação do aprendizado individual em organizacional, tampouco à identificação dos princípios de aprendizagem nas organizações do setor.

Talvez o principal enfoque dado aos textos sobre aprendizagem refira-se ao controle da qualidade e a redução de erros no ambiente hospitalar (Berta e Baker, 2004; Weeks e col., 2003; Moumtzoglou, 2003; Mcelhinney e Heffernan, 2003; Lawrence, 1997).

O Quadro 3 apresenta um resumo dos principais temas identificados nos artigos pesquisados.

Os dados do quadro evidenciam uma forte ênfase no aprendizado em ambientes de saúde. Entretanto, poucos autores têm analisado práticas em organizações de saúde que facilitem a construção e a disseminação do conhecimento (Dowd, 2000; Vassalou, 2001). Além disso, as recentes pesquisas sobre medicina baseada em evidências têm trazido à tona o surgimento de uma mudança cultural no ambiente de saúde, resgatando a visão sistêmica para o atendimento ao paciente. (Blidner e col., 2002).

A seguir, serão descritas algumas pesquisas que visam identificar elementos facilitadores para a aprendizagem organizacional em hospitais.

Quadro 3 - Pesquisas envolvendo a aprendizagem organizacional e o setor de saúde

Foco do artigo	Número de artigos	Autores
Qualidade e redução de erro	5	Berta e Baker, 2004; Weeks e col., 2003; Moutmtzoglou, 2003; McElhinney e Heffernan, 2003; Lawrence, 1997;
Visão sistêmica da organização	2	Sirio e col., 2003; McDaniel e col., 2003.
Análise do sistema britânico de saúde – visão de processo	1	Currie, 2003.
Desenvolvimento de lideranças	4	Amitay e col., 2005; Bowerman, 2003; Lindberg, e col., 2003; Ken Dovey, 2002.
Mudança organizacional para medicina baseada em evidência	2	Bateman e col., 2003.
Teoria e prática de aprendizagem organizacional aplicada à saúde	9	Dowd, 2000; Cathon, 2000; Smith, 2000; Vassalou, 2001; Hassounah, 2001; Barnsley, 1998; Kerosuo e Engstrom, 2003; Silva e Davison, 2005; Rowe e Boyle, 2005.
Aprendizado individual, coletivo e organizacional	8	Davidhizar, 2000; Gregory e Romm, 2001; Pisano e col., 2001; Bennett, 2001; Herman, 1994; Abma, 2003; Grieves e Mathews, 1997; Donaldson e col., 2005.
Parceria entre universidade e hospital para pesquisa	1	Phelan e col., 2004.
Aprendizagem por meio da prática	1	Crabtree, 2003.
Prêmio Malcolm Bridge	1	Gropper, 1996.
Importância da AO para mensurar o impacto de processos judiciais	1	Bunderson, 2002.
Ferramentas para a geração de conhecimento e para gestão de competências em organizações de saúde.	3	Driver, 2001; Robinson, e col., 2003; Garman e Tran, 2006.

Fonte: Borba (2005).

Aprendizagem Organizacional e Organizações de Saúde: estudos práticos

Embora existam poucas pesquisas publicadas, alguns autores têm percebido a importância da aprendizagem organizacional para as empresas do setor saúde e têm realizado importantes discussões sobre o tema (Vassalou, 2001; Ojha e col, 2002; Popper e Lipshitz, 2000b; Dowd, 2000).

Vassalou (2001) descreve um importante estudo realizado em hospitais gregos, buscando mapear mecanismos de aprendizagem organizacional. O estudo foi construído a partir do modelo proposto por Goh e Richards (1997), no qual cinco princípios são considerados fundamentais, para a aprendizagem organizacional:

1. Missão e visão - importância da visão compartilhada e do entendimento da missão.
2. Liderança - a liderança em uma organização voltada para a aprendizagem delega poderes, encoraja uma cultura de experimentação, recompensa a aprendizagem, apóia sugestões de inovação e, freqüentemente, gera oportunidades para a aprendizagem na empresa.
3. Transferência de conhecimento - segundo Garvin (1993), a aquisição de conhecimento e habilidades é limitada se não existe transferência. O aprendizado por meio das falhas é fundamental (Marquardt, 1996), bem como pelos diferentes tipos de conhecimento na empresa (Nonaka e Takeuchi, 1997).
4. Trabalho em grupo e cooperação - a diversidade da equipe em termos de conhecimento e experiência estimula o diálogo e a solução de problemas.

5. Cultura de experimentação - um componente relevante das organizações que aprendem é a habilidade de criar novos conhecimentos e *insights*, viabilizando o diálogo e a abertura que permitem aos empregados explicitar seus modelos mentais.

Além desses princípios, dois componentes organizacionais são definidos como fundamentais para a aprendizagem:

1. Estrutura organizacional - a informação deve fluir, diminuindo as fronteiras e aproveitando o potencial das redes informais (Goh e Richards, 1997; Schein, 1985).

2. Competências e habilidades dos funcionários - seleção e práticas de aprendizagem e desenvolvimento de competências são fundamentais para o aprendizado de longo prazo (Senge, 1990; Nevis e col., 1995).

A partir do esquema proposto, o estudo de Vassalou (2001) analisou a realidade de hospitais na Grécia e no Reino Unido, tentando identificar os elementos facilitadores e dificultadores para o processo de aprendizagem organizacional. Nesse estudo, percebe-se uma lacuna entre as expectativas dos profissionais de saúde e as da alta gerência, além de uma diferença de entendimento sobre a importância da aprendizagem para a organização como um todo. Embora o sistema de saúde desses países apresentasse diferenças significativas, algumas questões gerais puderam ser observadas, como, por exemplo:

- Os líderes das instituições não possuem as competências para o desenvolvimento da aprendizagem organizacional. A hierarquia das instituições, especialmente na Grécia, inibe o desenvolvimento de líderes como facilitadores.
- As instituições apóiam a aprendizagem individual de ciclo simples por meio de seminários e *workshops*, tentando corrigir erros e promover a aquisição de novas habilidades.
- A experimentação e o uso de novas práticas e mecanismos são restringidos por normas governamentais.
- A falta de tempo, de pessoal e de comprometimento impede as pessoas de assumirem riscos, para a melhoria dos processos e serviços fornecidos.

A pesquisa de Vassalou (2001) demonstra, portanto, alguns dos principais desafios para a construção da aprendizagem no ambiente hospitalar.

Ojha e col. (2002) realizaram uma pesquisa envolvendo os hospitais canadenses, com o objetivo de veri-

ficar os elementos de aprendizagem organizacional e de melhoria contínua. Os autores analisaram o resultado a partir de 174 hospitais respondentes, os quais possuíam um programa formal de controle da qualidade.

Segundo Dowd (2000), a literatura na área de enfermagem forneceu os primeiros artigos sobre o desenvolvimento de aprendizagem organizacional na área de saúde. Sheridan (1996) observou a necessidade de uma visão compartilhada entre as enfermeiras para a criação de aprendizagem nos hospitais.

Popper e Lipshitz (2000a) realizam uma ampla análise sobre as variáveis de aprendizagem organizacional presentes em instituições de saúde, partindo do conceito de mecanismos para aprendizagem organizacional (*Organizational Learning Mechanisms* "OLM"). Os OLM são espaços em que a experiência individual é analisada e compartilhada entre os membros da organização.

Segundo os autores, um esquema para estudar organizações que aprendem envolve a identificação dos OLM e a avaliação da relação dos mesmos com os valores de uma organização que aprende, considerando:

- transparência (expor os pensamentos e as ações aos demais para receber *feedback*);
- questionamento (persistir em uma linha de questionamento até que um entendimento satisfatório tenha sido alcançado);
- integridade (dar e receber *feedback* sem autodefesas);
- orientação para a questão em análise (focar a relevância da informação para a questão);
- responsabilidade (assumir a responsabilidade pelo aprendizado e pela implantação das lições aprendidas).

Os autores conduziram o estudo em uma unidade de medicina interna e cirurgias cardíacas de um hospital universitário. Foram identificados os seguintes OLM (Popper e Lipshitz, 2000a):

- *rounds* médicos;
- reflexão pré e pós-cirurgia - esse processo acontecia entre médicos e representa um processo de reflexão na ação (Schön, 1983);
- reuniões clínico-anatomo-patológicas - para discutir diagnósticos errados revelados no pós-morte;
- conferências sobre morbidade e mortalidade - o histórico do paciente é revisado e as decisões tomadas são avaliadas;
- demonstrações por vídeo - análise de práticas e discussão dos procedimentos;

- revisão dos registros médicos - revisão da efetividade de um tratamento dado;
- revisão periódica - revisão dos indicadores estatísticos de efetividade do tratamento;
- reuniões de equipe - médicos, enfermeira chefe, assistente social, etc.

Nesse estudo, houve ênfase em OLM vinculados à análise a partir da ação e da atividade de cada indivíduo na organização.

Segundo Edmondson e Bohmer (2001), o modelo mental compartilhado no ambiente de saúde encara o processo de aprendizagem como uma atividade estruturada, relacionada a cada indivíduo, à medida que eles se preparam para realizar suas atividades e, posteriormente, quando buscam melhorias nas habilidades clínicas. Esse modelo pressupõe uma visão de aprendizagem relacionada ao indivíduo, linear e focada. Nesse contexto, uma das principais formas de aprendizado é pela repetição.

Uma vez que o aprendizado ocorre a partir do indivíduo, pela repetição visando chegar às melhores práticas, é natural que nesse ambiente exista um forte componente na atuação profissional, relacionado ao conhecimento tácito dos atores.

Edmondson e Bohmer (2001) ressaltam que, para ampliar a construção da aprendizagem organizacional em empresas do setor de saúde, o processo de reflexão, re-interpretação, refinamento e codificação do conhecimento deve ser realizado por grupos, e não apenas individualmente.

Pode-se justificar essa afirmação pela complexidade das instituições de cuidados com a saúde. Além da existência de uma estrutura organizacional complexa, diferentes profissionais atuam com visões diferentes, sobre o mesmo objeto: o paciente. Dessa

forma, é natural que, para alavancar o conhecimento nessas organizações, o aprendizado seja coletivo. Para os autores, os líderes das organizações de saúde devem reconhecer três pontos para a aprendizagem organizacional:

- Reconhecer a necessidade da aprendizagem coletiva, e não da aprendizagem baseada no indivíduo.
- Criar e desenvolver uma cultura organizacional na qual o aprendizado possa ocorrer, em que as falhas sejam percebidas como possíveis, e o clima organizacional admita o erro.
- Liderar o processo de aprendizagem, por meio do exemplo.

Considerações Finais

Este artigo objetivou descrever uma mudança de enfoque na área de saúde. Pode-se perceber uma alteração de visão: da centralizada e linear para a sistêmica, na qual as relações entre os diferentes componentes do sistema de saúde estão sendo percebidas.

Outra característica importante identificada a partir dos autores pesquisados é a existência de uma grande preocupação com o uso e a construção do conhecimento para a prática de gestão na área de saúde. Essa preocupação é reforçada pela importância dada à sistematização de pesquisas e procedimentos, pelo foco em discussões coletivas para a elaboração de novas formas de gestão e ação. Percebe-se nesse processo a necessidade de uma mudança comportamental nas práticas de saúde, buscando o conhecimento coletivo e uma ênfase na explicitação dos conhecimentos para a organização.

O Quadro 4 descreve as variáveis identificadas e seu respectivo enfoque no ambiente de saúde.

Quadro 4 - Variáveis identificadas no sistema de saúde

Variáveis e características apresentadas na área de saúde	Foco de atenção
Enfoque do setor	Mudança de enfoque linear para sistêmico.
Conhecimento e informação	Importância da utilidade – visão prática do conhecimento. Formas de construção do conhecimento – especialmente vinculadas a experimentação e prática. Sistematização das informações e dos conhecimentos – importância desse processo para o reconhecimento no ambiente. Construção coletiva – a partir de diferentes elementos como análise de casos e reuniões de serviços. Foco na identificação de formas de ação para as práticas médicas.
Aprendizagem	Ênfase no aprendizado individual.

Vale reforçar que embora existam vários mecanismos para a aprendizagem organizacional, sua sistematização nas organizações hospitalares ainda é incipiente.

Com relação à aprendizagem, existe uma clara ênfase na aprendizagem individual, a partir da experiência. Essa característica reforça a importância de mecanismos que objetivem disseminar o conhecimento obtido, bem como possibilitar um processo de análise e sistematização do conhecimento.

Essa mudança de enfoque é importante, pois um dos pressupostos para a criação de uma cultura para gestão e medicina baseada em evidência é a necessidade de metodologias de construção do conhecimento e da aprendizagem organizacional. Para isso, faz-se necessário a construção de um ciclo de aprendizado que considere a aprendizagem individual (bem caracterizada nas organizações em estudo); permita sua consolidação e disseminação em grupo (realizada por meio de práticas identificadas no texto como os *rounds*) e gere aprendizagem para organização, pela sua sistematização.

Referências

- ABMA, T. Learning by telling. *Management Learning*, Thousand Oaks, v. 34, n. 2, p. 221-225, 2003
- AMITAY, M.; POPPER, M.; LIPSHITZ, R. Leadership styles and organizational learning in community clinics. *The Learning Organization*, Bradford, v. 12, n. 1, p. 57-71, 2005.
- ARGYRIS, C. *Knowledge for action: a guide to overcoming barriers to organizational change*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
- BARNESLEY, J.; LEMIEUX-CHARLES, L.; MCKINNEY, M. Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Management Review*. Frederick, v. 23, n. 1, p. 18-29, 1998.
- BATEMAN, H. et al. Piloting a systematic, evidence-informed approach to service development in primary care. *Clinical Governance*, Bradford, v. 8, n. 3, p. 227-236, 2003.
- BENNETT, J. The relationship between team and organisational learning. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 14, n. 1, p. 14-22, 2001.
- BERTA, W.; BAKER, R. Factors that impact the transfer and retention of best practices for reducing error in hospitals. *Health Care Management Review*, Frederick, v. 29, n. 2, p. 90-97, 2004.
- BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.
- BLIDNER, I.; LEMIEUX-CHARLES, L.; MCGUIRE, W. Building interorganizational knowledge for evidence-based health system change. *Health Care Management Review*, Frederick, v. 27, n. 2, p. 48-59, 2002.
- BORBA, G. *Princípios e variáveis da aprendizagem organizacional para a implantação de sistemas integrados de gestão em ambientes hospitalares*. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- BORBA, G.; CUNHA, A.; TREZ, G. O uso de ferramentas de gestão para o aprimoramento dos serviços prestados por instituições de interesse público. Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração (ENANPAD). Anais do congresso, Curitiba: ENANPAD, 2004.
- BOWERMAN, J. Leadership development through action learning: an executive monograph. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 16, n. 6, p. 6-13, 2003.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, *Diário Oficial da União*, Ministério da Saúde. 20 set. 1990. Col. 1, p. 18055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96*. Brasília, DF, 1997. 34 p.
- BUETOW, S. A.; ROLAND, M. O.; CAMPBELL, S. M. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, Nova Iorque, v. 51, p. 1611-1625, 2000.
- CAMPBELL, S. M. et al. Research capacity in UK primary care. *British Journal of General Practice*, Manchester, v. 49, p. 967-970, 1999.

- CARVALHO, G. I. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde leis NR 8080/90 e 8142/90*. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- CATHON, D. The learning organization: adapted from the fifth discipline by Peter Senge. *Hospital Materiel Management Quarterly*, Rockville, v. 21, n. 3, p. 4-11, 2000.
- CHOW-CHUA, C.; GOH, M. Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals. *Managing Service Quality*, Bedford, v. 12, n. 1, p. 54-66, 2002.
- CRABTREE, B. Primary care practices are full of surprises! *Health Care Management Review*, Frederick, v. 28, n. 3, p. 279-284, 2003.
- CROSSAN, M.; GUATTO, T. Organizational learning research profile. *Journal of Organizational Change Management*, Bradford, v. 9, n. 1, p. 107, 1996.
- CUNHA, A. *Conhecimento organizacional e o processo estratégico dos hospitais*. 2002. Dissertação (mestrado) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2002.
- CUNHA, J.; CUNHA, R. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. *Caderno planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. Cap. 2, p. 11-26
- CURRIE, G.; BROWN, A. A narratological approach to understanding processes of organizing in a UK hospital. *Human Relations*, New York, v. 56, n. 5, p. 563, 2003.
- DAFT, R. *Administração*. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999.
- DAVIDHIZAR, R.; BECHTEL, G. Neglected aspects of the learning process. *Hospital Materiel Management Quarterly*, Rockville, v. 21, n. 3, p. 26-32, 2000.
- DONABEDIAN, A. Continuity and change in the quest for quality. *Clinical Performance and Quality in Health Care*, Nova Iorque, v. 1, n. 1, p. 9-16, 1993.
- DONALDSON, A.; LANK, E.; MAHER, J. Connecting through communities: how a voluntary organization is influencing healthcare policy and practice. *Journal of Change Management*, Londres, v. 5, n. 1, p. 71-87, 2005.
- DOREMUS, H. D.; MICHENZI, E. M. Data quality: an illustration of its potential impact upon a diagnosis-related group's case mix index and reimbursement. *Medical Care*, Washington, v. 21, n. 10, p. 1001-1011, 1993.
- DOVEY, K. Leadership development in a South African health service. *The International Journal of Public Sector Management*, Bradford, v. 15, n. 6/7, p. 520-533, 2002.
- DOWD, S. Organizational learning and the learning organization in health care. *Hospital Materiel Management Quarterly*, Rockville, v. 21, n. 3, p. 1-4, 2000.
- DRIVER, M. Activity-based costing: a tool for adaptive and generative organizational learning? *The Learning Organization*, Bradford, v. 8, n. 3/4, p. 94-103, 2001.
- EDMONDSON, A.; BOHMER, R. Organizational learning in health care. *Health Forum Journal*, Chicago, v. 44, n. 2, p. 32-35, 2001.
- ELLRODT, G. et al. Evidence based disease management. *JAMA*, Chicago, v. 278, n. 20, p. 1687-1692, 1997.
- GARMAN, A.; TRAN, L. Knowledge of the healthcare environment. *Journal of Healthcare Management*, Chicago, v. 51, n. 3, p. 152-156, 2006.
- GARVIN, D. Building a learning organization. *Harvard Business Review*, Boston, v. 71, n. 4, p. 78-91, 1993.
- GOH, S. C.; RICHARDS, G. Benchmarking the learning capability of organizations. *European Management Journal*, London, v. 15, n. 5, p. 575-588, 1997.
- GONÇALVES, E. L. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.
- GONÇALVES, E.; MALIK, A. *Administração de saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Pioneira: Proahsa, 1989.
- GRAZIER, K. L. Collaboration and quality in managed care. *Journal of Healthcare Management*, Chicago, v. 44, n. 3, p. 163-166, 1999.
- GREGORY, W.; ROMM, N. Critical facilitation: learning through intervention in group processes. *Management Learning*, Thousand Oaks, v. 32, n. 4, p. 453-468, 2001.

- GRIEVES, J.; MATHEWS, B. P. Healthcare and the learning service. *The Learning Organization*, Bradford, v. 4, n. 3, p. 88-95, 1997.
- GRIGÓRIO, D. A. *Teses e dissertações em saúde pública e portarias do Ministério da Saúde: estudos de uma década sob a ótica do DECS*. 2002. Dissertação - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- GROPPER, E. I. The Malcolm Baldrige Health Care Pilot. *Nursing Management*, Chicago, v. 27, n. 4, p. 56-59, 1996.
- HASSOUNAH, J. Developing a learning organization in the public sector. *Quality Progress*, Milwaukee, v. 34, n. 1, p. 106-110, 2001.
- KEROSUO, H.; ENGESTROM, Y. Boundary crossing and learning in creation of new work practice. *Journal of Workplace Learning*, Bradford, v. 15, n. 7/8, p. 345-352, 2003.
- KIM, D. The link between individual and organizational learning. *MIT Sloan Management Review*, Cambridge (MA), v. 35, n. 1, p. 37-50, 1993.
- KOVNER, A. R.; ELTON, J. J.; BILLINGS, J. Evidence-based management. *Frontiers of Health Services Management*, Chicago, v. 6, n. 4, p. 65-66, 2000.
- LAWRENCE, D. Quality lessons for public policy: a health plan's view. *Health Affairs*, Chevy Chase, v. 16, n. 3, p. 72-77, 1997.
- LINDBERG, E.; HENRIKSEN, E.; ROSENQVIST, U. Clashes between understanding and doing - leaders' understanding of management in intensive care during a period of reorganization. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 16, n. 6, p. 354-361, 2003.
- LORENCE, D.; JAMESON, R. Adoption of information quality management practice in US healthcare organizations a national assessment. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, Londres, v. 19, n. 6, p. 737-756, 2002.
- MALIK, A. M.; TELLES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.
- MARQUARDT, M. J. *Building a learning organization: a system approach to quantum improvement and global success*. New York: McGraw-Hill, 1996.
- MCDANIEL JR, R.; JORDAN, M.; FLEEMAN, B. Surprise, surprise, surprise!: a complexity science view of the unexpected. *Health Care Management Review*. Frederick, v. 28, n. 3, p. 266, July/Sep. 2003.
- MCELHINNEY, J.; HEFFERNAN, O. Using clinical risk management as a means of enhancing patient safety: the Irish experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Bradford, v. 16, n. 2/3, p. 90-98, 2003.
- MÉDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor de saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.
- MIRSHAWKA, V. *Hospital fui bem atendido: a hora e a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- MOUMTZOGLU, A. Learning hospitals and quality. *Knowledge and Process Management*, Chichester, v. 10, n. 4, p. 231-235, 2003.
- MULLEN, P. Using performance indicators to improve performance. *Health Services Management Research*, London: v. 17, n. 4, p. 217-228, Nov. 2004.
- NEVIS, E. C.; DIBELLA, A. J.; GOULD, J. M. Understanding organizations as learning systems. *Sloan Management Review*, Cambridge, Massachusetts, v. 36, n. 2, p. 73-86, 1995.
- NIAKAS, D.; GNARDELLIS, C.; THEODOROU, M. Is there a problem with quality in the Greek hospital sector?: preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, London, v. 17, n. 1, p. 62-66, 2004.
- NIEDZWIEDZKA, B. M. Barriers to evidence-based decision making among polish healthcare managers. *Health Services Management Research*, London, v. 16, n. 2, p. 106-115, 2003.
- NIJHOF, A.; ACHTERHUIS, H.; VALKENBUR, G. Fundamental shortcomings of evidence-based medicine. *Journal of Health Organization and Management*, Holanda, v. 17, n. 6, p. 463-471, 2003.
- NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. *Criação de conhecimento na empresa*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

NEEP - NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. *Descentralização dos serviços de saúde no Brasil: gerenciamento e gasto em municípios selecionados (1994-1997)*. Campinas, 2000.

OJHA, A.; LE BRASSEUR, R.; WHISSELL, R. Organisational learning, transformational leadership and implementation of continuous quality improvement in Canadian hospitals. *Australian Journal of Management*, Sydney, v. 27, n. 2, p. 141-161, 2002.

PEURSEM, K. A.; PRATT, M. J.; LAWRENCE, S. R. Health management performance: a review of measures and indicators. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Bradford, v. 8, n. 5, p. 34-71, 1995.

PHELAN, A.; HARRINGTON, A.; MERCER, E. Researching learning at work: exploring an academic-workplace partnership. *Journal of Workplace Learning*, Bradford, v. 16, n. 5/6, p. 275-284, 2004.

PISANO, G.; BOHMER, R.; EDMONDSON, A. Organizational differences in rates of learning: evidence from the adoption of minimally invasive cardiac surgery. *Management Science*, Linthicum, v. 47, n. 6, p. 752-762, 2001.

POPPER, M.; LIPSHITZ, R. Organizational learning in a hospital. *The Journal of Applied Behavioral Science*, Londres, v. 36, n. 3, p. 345-361, 2000a.

POPPER, M.; LIPSHITZ, R. Organizational learning mechanisms, culture and feasibility. *Management Learning*, Londres, v. 31, n. 2, p. 181-196, 2000b.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. L. *Acreditação hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre: IAHCS, 1997.

REVERE, L.; BLACK, K. Integrating six sigma with total quality management: a case example for measuring medication errors. *Journal of Healthcare Management*, Chicago, v. 48, n. 6, p. 377-381, 2003.

ROBINSON, D.; SAVAGE, G.; CAMPBELL, K. Organizational learning, diffusion of innovation, and international collaboration in telemedicine. *Health Care Management Review*, Frederick, v. 28, n. 1, p. 68-93, 2003.

ROWE, P.; BOYLE, M. Constraints to organizational learning during major change at a mental health services facility. *Journal of Change Management*, London, v. 5, n. 1, p. 109-118, 2005.

SACKETT, D. L. et al. Transferring evidence from research into practice: the role of clinical care research evidence in clinical decisions. *Evidence Based Medicine*, Nova Iorque, v. 1 n. 7, p. 196-198, 1996.

SCHEIN, E. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.

SCHON, D. A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983.

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

SENGE, P. *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Best-Seller, 1990.

SILVA, M. T. da; DAVISON, G. Relating configuration and learning in Brazil and Australia. *Journal of Health Organization and Management*, Bradford, v. 19, n. 2, p. 148-162, 2005.

SILVA, J. L. T. da. *Comentários à lei dos planos de saúde: lei nr. 9656, de 03.06.98*. Porto Alegre: Síntese, 1998.

SIRIO, C. et al. Pittsburgh Regional Healthcare Initiative: a systems approach for achieving perfect patient care. *Health Affairs*, Chevy Chase, v. 22, n. 5, p. 157-160, 2003.

SMITH, P. Introducing competence-based management development: a case study of a university-hospital partnership. *Journal of Workplace Learning*, Bradford, v. 12, n. 6, p. 245-251, 2000.

SOARES, O. *A nova constituição: texto promulgado em 05.10.88*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

STUMPF, M. K. A gestão da informação em Hospital Universitário: em busca da definição do 'Patient Core Record' do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In: ENANPAD, 20., 1996, Rio de Janeiro. *Anais do ENANPAD*. Rio de Janeiro, 1996. p. 251-270.

TANAKA, O. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80 no estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 185-194, 1992.

VASSALOU, I. The learning organization in health-care services: theory and practice. *Journal of European Industrial Training*, Irlanda, v. 25, n. 7, p. 354-365, 2001.

WARBURTON, N.; BLACK, M. Evaluating processes for evidence-based health care in the National Health Service. *British Journal of Clinical Governance*, Bradford, v. 7, n. 3, p. 158-165, 2002.

WEEKS, W. et al. A model for improving the quality and timeliness of compensation and pension examinations in VA facilities / practitioner application. *Journal of Healthcare Management*, Chicago, v. 48, n. 4, p. 252-259, 2003.

Recebido em: 19/09/2006

Reapresentado em: 15/03/2007

Aprovado em: 19/03/2007