

Uma conversa com... Amy C. Edmondson

Perspectiva

AHRQ Patient Safety Network

Nota do Editor: A Dra. Edmondson é professora de Liderança e Gestão na Harvard Business School. Sua pesquisa mais recente aborda o trabalho em equipe interdisciplinar nas e entre organizações e as maneiras pelas quais os líderes permitem os tipos de colaborações complexas que tais formas de trabalho podem gerar. Conversamos com ela sobre o novo pensamento em relação ao trabalho em equipe.

Dr. Robert M. Wachter: Como a senhora se interessou pelo trabalho em equipe?

Dra. Amy C. Edmondson: O que me interessou no trabalho em equipe foi a descoberta de que a maior parte do trabalho deveria ser realizado em organizações modernas. Quando digo descoberta, quero dizer percepções e observações que guiaram alguns de meus primeiros trabalhos, inicialmente em uma empresa de consultoria e, mais tarde, como pesquisadora em organizações em várias indústrias. Lembro-me de um amplo reconhecimento de quão profundamente as pessoas eram interdependentes na realização de quase qualquer objetivo significativo. Eu, como muitas pessoas, tinha um modelo mental abstrato na minha cabeça que, desde que as pessoas fizessem seus trabalhos e os fizessem bem, pacientes ou clientes seriam atendidos. Claro, isso não é o caso. É uma questão de pessoas fazendo bem seus trabalhos, trabalhando interdependentemente uns com os outros. Na falta de reconhecimento dessa interdependência, as pessoas não conseguem manejar bem esse tema.

RW: Antes de abordarmos a atenção em saúde, vamos falar sobre outras indústrias. É mesmo uma grande mudança? A formação de equipes e o trabalho em equipe são mais importantes agora do que há cinquenta anos?

AE: Absolutamente. Há cinquenta anos, era muito mais verdadeiro que o organograma representava bem como o trabalho era realizado. Ou seja, aqueles que estão no topo da organização (ou do organograma) têm uma visão clara sobre o que precisa ser feito; dividem esse trabalho em responsabilidades a serem assumidas por diferentes funções ou unidades de negócios ou geografias; os papéis específicos são descritos e as pessoas são contratadas para essas funções. Os papéis vêm com responsabilidades de tarefas, e os gerentes certificam-se de que esses papéis estão fazendo o que deveriam estar fazendo, dando-lhes *feedback* e avaliando seu desempenho. Isso era um retrato bastante fiel de como o trabalho era realizado em um ambiente relativamente estável: com tecnologia, mercados,



preferências de clientes relativamente estáveis, e assim por diante. Em contextos estáveis, o trabalho e os papéis podem ser bem projetados e permanecer estáveis por um tempo. Esta maneira de trabalhar começou a desmoronar ao longo do tempo, e cada vez mais pessoas perceberam que as atividades mais importantes nas organizações – por exemplo, qualquer tipo de inovação, atendimento ao cliente ou ao paciente – são necessariamente atividades multidisciplinares e muitas vezes multifuncionais. Esse reconhecimento levou à formação de equipes multidisciplinares, especialmente para atividades em que a necessidade de diferentes perspectivas é clara. No desenvolvimento de novos produtos, por exemplo, precisa-se de perspectivas de engenharia, marketing, fabricação, contabilidade, e assim por diante. Reunir todos juntos em uma equipe para resolver isso é muito melhor do que pedir uma solução aos executivos do alto escalão.

Mas hoje, e cada vez mais, a maior parte do trabalho não pode ser feito, mesmo por uma equipe estável e intacta, porque as tarefas são muito fluidas, mudam constantemente e não se conhece o suficiente no início de qualquer projeto específico para compor, de antemão, a “equipe certa” para o projeto. Quando as responsabilidades e as situações estão mudando, as pessoas ainda precisam colaborar e coordenar em linhas disciplinares, mas trabalham em arranjos muito mais fluidos em equipe.

RW: Interessante. Enquanto a senhora estava falando, eu estava imaginando que as coisas simples que poderiam ser descritas através do organograma e são lineares foram tomadas pela tecnologia ou foram enviadas para outros países. É isso?

AE: Há muita verdade nisso. Muitas das coisas mais simples que poderiam ser automatizadas o foram, poderiam ser ou foram terceirizadas. Então, o que nos resta é apenas trabalho que envolve pensamento, mais juízo e mais coordenação com outras pessoas de forma recíproca e dinâmica para resolver tempestivamente problemas que surgem.

RW: Leve-nos pela vida de um líder que há trinta ou quarenta anos estava sendo apropriadamente autocrático e descendente. Que tipo de parede essa pessoa batia sempre que essas tendências começavam a se manifestar?

AE: Essa é uma ótima pergunta. Uma maneira de olhar para o que está acontecendo nesse cenário é que o modelo mental do líder de como as coisas “devem ser” não está mais de acordo com a realidade. Esse modelo mental não é ruim ou bom. Não serve mais. Se você está operando com um modelo que diz: “Eu deveria ter as respostas”, ou um que diz: “Quando as coisas dão errado, é provavelmente porque alguém não trabalhou as respostas da maneira correta”, você não será tão eficaz quanto um líder adotando um modelo de acordo com a nova realidade. A realidade de hoje e o ambiente de tarefas apresentam as necessidades do cliente em constante fluxo, necessidades que não podem ser servidas desenvolvendo e executando a partir de um plano. Em vez disso, muitas pessoas – trabalhando sozinhas e juntas – precisam usar juízo para responder a situações inéditas. As lideranças atuais precisam parar e se desafiar quando as coisas dão errado. Em vez de assumir que alguém não tentou muito e que essa pessoa precisa ser repreendida ou melhor motivada, as lideranças devem reconhecer, em vez disso, a alta probabilidade de que algo deu errado, ou porque a situação mudou, ou porque era nova e desafiadora, ou porque um conjunto complexo de fatores emerge de maneira articulada em uma nova forma de exigir uma resposta sem precedentes. Isso



também significa que tudo o que foi errado apresentou uma oportunidade de aprendizagem, não simplesmente uma decepção. Em suma, é provável que seu primeiro diagnóstico causal espontâneo sobre a origem do problema seja errado, e insistir nesse diagnóstico é quase certamente inútil, para não dizer ineficaz. Seu modelo mental precisa ser atualizado.

RW: Vamos ficar com as lideranças por um segundo. Atualizando aquele modelo mental, o que isso implica em termos do que faz um bom líder ou como um desses líderes antigos deveria evoluir, se é que poderiam mesmo evoluir? Ou você precisa de um novo quadro de líderes?

AE: A maioria das pessoas é capaz de mudar e adotar novos comportamentos uma vez que reconhecem a incompatibilidade. Sim, algumas pessoas têm dificuldade em fazer isso, mas, por enquanto, vamos com a ideia de que a maioria das pessoas pode aprender e mudar (e não ser substituída) e ver o que vai acontecer. Em vez do modelo mental “Eu sou o líder, eu deveria ter as respostas, eu deveria dizer o que fazer, você deve fazê-lo e então lhe direi se você fez bem”. O novo modelo mental deve ser: “É minha responsabilidade definir a direção e articulá-la de maneira que ajude as pessoas a se entusiasmarem em contribuir para isso”. Além disso, os líderes precisam dizer a si mesmos: “Eu preciso deixar muito claro comigo e com os outros que posso definir a direção, mas que não tenho todas as respostas sobre como chegar lá. Na verdade, em alguns casos eu posso ter muitas respostas sobre como chegar lá. Portanto, eu preciso pedir de forma enfática a sua ajuda”. Quando digo “você”, eu quero dizer “vocês”, no plural. Frequentemente, descobrir como realizar um progresso é um esporte de equipe.

A nova postura dos líderes é algo assim: “É o que estamos tentando realizar para nossos clientes (ou, em cuidados de saúde, para nossos pacientes; ou, em um ambiente de negócio para negócio, para as empresas que servimos). Tenho algumas ideias sobre como podemos começar, e sua experiência vai ser inestimável. Não há maneira de fazer progressos sem comunicação eficaz, frequente e transparente através de linhas disciplinares, ou através de linhas geográficas ou hierárquicas (dependendo da natureza do desafio). Estou definindo a direção, não fornecendo respostas. Posso estar sugerindo um ponto de partida, mas não é suficiente, correto e adequado. Se fizermos nossos trabalhos direito, este ponto de partida mudará à medida que se aprende. Precisaremos ter conversas de duas mãos – ao invés de uma via apenas (chefe-subordinado)”.

Os líderes precisam tanto ouvir quanto falar. Eles precisam ouvir novas ideias. Precisam se treinar para se entusiasmar com as ideias que as pessoas trazem para o projeto ou para o trabalho, em vez de inadvertidamente desencorajar o juízo. Eles precisam ser explícitos em comunicar que a avaliação é necessária para todos.

RW: Existe o desejo de algum dia ver o líder forte que possa ser autocrático e que apenas faça as coisas acontecerem?

AE: Sim, porque então o empregado está livre, e cabe ao chefe descobrir o que é necessário. O trabalho do empregado é, então, apenas fazer o que lhe é pedido. As pessoas sabem como fazer isso. E é ótimo, porque, quando as coisas dão errado, elas podem dizer: “Não é culpa minha”. Quando os funcionários acreditam que eles devem chegar ao trabalho, cumprir suas oito horas e depois sair – porque acreditam que a organização está pedindo-lhes para deixar



o cérebro na porta –, na verdade, eles vão deixar seus cérebros na porta. Mas a maioria dos adultos realmente quer trazer seu pleno ser adulto para o trabalho. Queremos contribuir com algo importante para uma meta significativa e queremos ser respeitados e valorizados como adultos.

RW: Então, se isso tudo implica um tipo diferente de líder que tenha diferentes sensibilidades e talvez seja treinado e selecionado diferentemente, soa como se isso implicasse um tipo diferente de trabalhador também.

AE: Absolutamente.

RW: Então, como isso funciona?

AE: Bem, como você pode facilmente imaginar, isso acontece de forma diferente em lugares diferentes. Algumas das histórias de sucesso mais maravilhosas nos cuidados de saúde – e além – são histórias de locais de trabalho onde as pessoas são convidadas e capacitadas para trazerem a totalidade do seu ser para trabalhar com seus colegas: seu cérebro, sua voz, seu coração, para fazer as coisas acontecerem dia após dia em prol de um mundo melhor.

RW: Falamos geralmente sobre organizações. Vamos mudar para os cuidados de saúde. Parece que o seu primeiro trabalho não teve relação com os cuidados de saúde. Há uma longa história de pessoas que entram em cuidados de saúde e dizem que é provavelmente apenas como a GE ou a Alcoa ou alguma outra indústria, e depois balançam a cabeça e dizem que, realmente, é bem diferente. O que você acha que foi bastante semelhante e o que você acha que foi bastante diferente?

AE: A semelhança está no modo como as pessoas se importavam. Na maioria dos lugares em que eu visitei, a maior parte das pessoas se importava profundamente com o trabalho, com a empresa e com os clientes. Nos cuidados de saúde, geralmente é ainda mais o caso. As pessoas sabem o que está em jogo e querem fazer a coisa certa. Isso foi praticamente semelhante. Havia duas grandes diferenças: uma, a incrível complexidade dos cuidados de saúde. Eu categorizo a prestação de cuidados de saúde como uma operação de serviço complexa, em contraste com uma simples operação de serviço onde existe um alto grau de uniformidade de um evento ou de um cliente para o próximo. Os cuidados de saúde são profundamente personalizados, necessariamente. Existem algumas semelhanças de paciente para paciente, mas há muito mais diferenças. Cada paciente é único, e, assim, cada episódio de cuidado é, até certo ponto, único. Ao mesmo tempo, há também muitos processos que podem ser (e cada vez mais estão sendo) padronizados. Os cuidados de saúde fizeram muitos progressos no reconhecimento das implicações desta realidade, mas, para mim, foi impressionante descobrir, no início dos anos 1990, quanta variação desnecessária havia nos processos de trabalho, digamos de um andar de hospital para outro, no principal centro médico acadêmico. Os medicamentos eram rotulados de forma diferente, os carrinhos eram organizados de forma diferente e os procedimentos eram administrados de forma diferente. Não houve padronização aparente, mesmo em torno de coisas que poderiam ser padronizadas.



RW: Certo, eu suponho que você viu isso como uma ferida, uma falha, ao invés da natureza do negócio.

AE: Uma ferida enorme. Entendi que se originou de uma mentalidade artesanal profissional. Os profissionais são treinados em seu ofício, o que significa que eles dominam um corpo de conhecimento; dominam a perícia que requer juízo em sua aplicação. Assim, é fácil começar a acreditar que tudo é único. Vou fazer o que for preciso para cada um dos meus pacientes únicos. Apenas deixe isso comigo; vou fazer o que for preciso (quer eu seja enfermeira, quer seja médica). O que eu vi, no entanto, foram esses maravilhosos especialistas bem-treinados nadando rio acima contra uma maré incessante de desafios, e que nem todos deviam estar ali. Alguns dos desafios deviam absolutamente estar lá, mas, se você pudesse padronizar as partes rotineiras (repetidas) do trabalho, então o juízo do clínico estaria livre, mais disponível para as partes singulares e intrigantes. Se um paciente criticamente enfermo aparece, isso já é um desafio por si só. Mas a capacidade de reagir de acordo com um protocolo bem-aprendido que é invariante de um clínico para o seguinte é valioso para a organização, para o paciente e para o cuidador. Uma coisa que eles não deveriam ter que lidar é a variação de formas de rotular ou fazer as coisas neste andar versus naquele andar.

RW: No seu gráfico, há outras indústrias que vivem nesse quadro de setores de serviços complexos?

AE: Existem outras operações de serviço complexas. Entretanto, os cuidados de saúde sintetizam a categoria. Outros exemplos incluem serviços de inovação de contratos, como na empresa IDEO, onde diferentes clientes virão para a empresa com necessidades muito diferentes. Esses compromissos são encontros de longo prazo, em comparação com a maioria dos encontros onde ocorrem cuidados de pacientes. Esses projetos vão se estender por meses, não por minutos.

RW: E ninguém morre se você não acertar.

AE: E ninguém morre se você não acertar, absolutamente. Talvez este seja um mau exemplo, mas pense na Starbucks. Nos primórdios da Starbucks, a proposta de valor era uma melhor xícara de café em um ambiente familiar agradável (ou seja, padronizada). À medida que cresceu e com o passar do tempo, a Starbucks começou a oferecer milhares de combinações diferentes de bebidas e opções de alimentos, e por isso realmente se tornou uma operação de serviço complexa. Isso criou longas filas, e a empresa teve de descobrir como repadronizar alguns de seus elementos, porque, se cada pedido for completamente único, atrasa o tempo de ciclo e dificulta a entrega de um serviço de alta qualidade.

RW: A senhora poderia falar um pouco sobre o organograma principal e a cultura de liderança de gestão que você encontrou nos cuidados de saúde? Porque tenho certeza que a questão da padronização afeta o que o presidente da empresa faz ou não para ganhar seu pão cotidiano.

AE: Nas organizações de saúde em que eu estudei, há vários organogramas que ocupam o mesmo espaço físico. Assim, os médicos têm um organograma. Eles têm chefes de departamento, assistentes, quadro de pessoal, estagiários, residentes, bolsistas, e assim por



diante. Eles têm sua própria hierarquia. É significativo. Está ali, ao lado da hierarquia de enfermagem, e ambos estão ao lado da hierarquia administrativa. Às vezes, as pessoas com funções de diretor-geral são médicos ou enfermeiros; às vezes, não. Sempre foi notável para mim, em comparação com outras organizações ou empresas, como os hospitais têm três hierarquias coexistentes, mas às vezes não estão atuando em conjunto, e sim todas tentando administrar o mesmo local.

RW: Incrível, não é? Você provavelmente já ouviu falar uma centena de vezes o que dizem sobre o pessoal médico: o que você chamaria de um voto 99-para-1 na equipe médica? A resposta é um empate.

AE: Certo. Assim, a hierarquia importa. E muito!

RW: Sim, é a ideia de que todo médico tem poder de veto sobre tudo.

AE: Tudo, exatamente. É bom que os peritos estejam no comando. Esse não é o problema. O problema é quando esse poder inibe os outros de falarem sobre o que veem, de fazerem perguntas ou de mostrarem preocupações.

RW: Ao longo do tempo, as organizações geralmente progrediram para uma compreensão mais profunda da importância das equipes e da falácia do organograma. Nos cuidados de saúde, existe uma sobreposição singular, a cultura dos médicos, a concepção de artesanato. Nos últimos 15 anos, houve outra sobreposição – a segurança do paciente e os movimentos de qualidade. Isso diz para os cuidados de saúde: você não somente está levando o país à bancarrota, mas produz um produto que não é muito bom e às vezes prejudica as pessoas. Como pensamos sobre outras indústrias, grande parte da solução é pensar em sistemas ao invés de desempenho individual. O que esse movimento tem a ver com as coisas de que estamos falando?

AE: Você está absolutamente certo. Parte da resposta está em sua pergunta. Primeiro, os desafios que acabamos de discutir eram muito ruins, quando pensamos que fizemos o nosso melhor e, sim, às vezes o nosso melhor não foi suficiente, por causa dos caprichos da doença, e assim por diante. Mas, de repente, descobrimos que, embora estivéssemos fazendo nosso melhor, às vezes o que deu errado não era a própria natureza da doença; em vez disso, descobrimos que, às vezes, causamos dano através de coordenação precária, decisões ruins ou outros erros, tais como erros de rotulagem. Em segundo lugar, o reconhecimento de que, quando as coisas dão errado, é muitas vezes um colapso do sistema, não um erro humano individual ou negligência, mas, sim, uma série de pequenas coisas que se alinham de maneira errada para criar ou deixar o dano passar. Isso é ao mesmo tempo assustador e empoderante. É assustador porque os sistemas são necessariamente complexos, e, se temos de nos preocupar com sistemas, não apenas de conhecimento clínico, isso é um desafio a mais. Mas, é claro, é empoderante, porque podemos nos desligar desse hábito de apenas olhar para quem culpar e começar a pensar e trabalhar juntos para redesenhar o sistema ou realizar pequenas melhorias para torná-lo melhor. A lente do sistema é muito importante. Enquanto isso, é igualmente importante reconhecer uma tendência simultânea. Além de descobrir a realidade dos danos e das falhas do sistema de saúde, os pacientes tornaram-se menos propensos a apenas aparecer na clínica ou no hospital com uma condição aguda que poderia ser tratada pontualmente, devolvendo-



lhes a boa saúde. Em vez disso, cada vez mais pacientes estavam chegando com condições crônicas que muitas vezes traziam múltiplas comorbidades e desafios. Logo, seu cuidado era complicado e demorado. As profissões de saúde cresceram aprendendo a tratar eventos agudos. Mas agora elas tinham que descobrir como trabalhar juntas em diversas habilidades e áreas de especialização por longos períodos de tempo para gerenciarem casos complexos.

RW: A senhora poderia falar um pouco sobre tecnologia? Nos cuidados de saúde, nos últimos cinco a sete anos, nos tornamos principalmente uma indústria digital. Uma vez que a senhora viu o fluxo da onda de tecnologia através de outras indústrias, como ele muda a natureza das equipes, o organograma, a liderança e tudo isso?

AE: A tecnologia pode ser o grande nivelador. Antigamente, apenas os superiores tinham funções que lhes permitiam conhecer as informações importantes, e aquelas informações limitavam-se a um certo número de folhas de papel em uma gaveta de arquivos. Naqueles dias, na área da saúde, o prontuário era um arquivo, um conjunto de folhas de papel, e ficava em um determinado lugar. Agora, a tecnologia basicamente libera informações, as torna quase infinitamente compartilháveis dentro das restrições da lei e da ética. Mas isso significa – tanto dentro como fora dos cuidados de saúde – que não podemos mais usar como desculpa que aqueles que estão no topo têm o conhecimento e vão dizer aos outros o que fazer. O conhecimento pode viajar livremente, e devemos fazê-lo de maneira pensada. Isso muda tudo. A tecnologia pode tornar o que as pessoas fazem muito mais transparente. A maioria das pessoas reconhece que tudo o que fazem – on-line, por exemplo – é essencialmente viver on-line para sempre. Então, é complicado. Por um lado, a tecnologia é assustadora porque tem uma vida tão longa, e, por outro lado, é capacitante como forma de transferir rapidamente informações onde elas precisam ir para o ponto de atendimento.

RW: Sim, mas eu poderia ver isso como voltar para a questão básica sobre as equipes versus hierarquia, se isso for uma tensão real. Em algum nível, a tecnologia poderia capacitar uma equipe, dar-lhes as informações. Eles podem fazê-las circular mais perfeitamente e usá-las para melhorar. Em outro nível, o chefe as tem e, portanto, podem ser um elemento facilitador de controle mais centralizado. Mais bisbilhotices podem permitir um retorno à década de 1950, onde “eu sou o chefe e eu sei o que está acontecendo no meu andar de uma forma que eu não tinha acesso antes”.

AE: Quando o funcionário era algo praticamente invisível.

RW: Certo. Então, parece que ambas as coisas podem acontecer.

AE: Sim, ambas podem acontecer. Portanto, precisamos de estratégias tecnológicas. Precisamos de projetos de tecnologia. Precisamos pensar cuidadosamente a tecnologia. Uma coisa que devemos evitar é ter a interposição da tecnologia na relação clínico-paciente, para então termos que servir à tecnologia ao invés de servir ao paciente.

RW: E isso acrescenta outra camada, porque a equipe, agora mais explicitamente, incluirá o paciente não como um receptor passivo de cuidados, e a tecnologia é a facilitadora desse processo também.

AE: Certo.

RW: A senhora presenciou a evolução dos cuidados de saúde, e a viu de perto e pessoalmente. A senhora está otimista ou pessimista? O que é que as tendências lhe dizem quando pensamos em onde isso vai chegar nos próximos cinco ou dez anos?

AE: Estou otimista. É claramente desafiador, mas muitas pessoas ponderadas estão lidando com essas questões e tentando ver a visão geral em novas maneiras e, assim, para enfrentar partes dela. Inúmeras boas experiências estão acontecendo lá fora. Tudo, desde *medical homes* a Accountable Care Organizations (ACO), chegando até mesmo a experimentar diferentes usos de portais de pacientes. Pesquisadores e clínicos estão tentando encontrar maneiras de engajar os pacientes em seus próprios cuidados. Também precisamos envolver os cuidadores de maneiras novas uns com os outros e com a comunidade para mudar radicalmente o jogo na saúde da população. Não apenas os cuidados do doente, mas cuidados de saúde – focados em manter as pessoas saudáveis para reduzir a carga de cuidados e melhorar a qualidade da vida delas. Você pode apontar para bolsões de sucesso impressionantes aqui e ali, e essas experiências me tornam otimista. Além disso, o reconhecimento de que será uma crise esmagadora se não encontrarmos novos caminhos é motivador. As tendências de custo não podem continuar como estão indo. Os cuidados de saúde não podem consumir toda a economia!

RW: Você está otimista com as equipes de saúde? Você está vendo exemplos de times interagindo de novas maneiras?

AE: Sim. A cultura da indústria está mudando, e pequenas mudanças podem fazer uma grande diferença. Melissa Valentine, professora de Stanford, e eu fizemos um estudo¹ sobre a implementação de “módulos” em um grande departamento de emergência de um hospital urbano. Foi uma intervenção simples para melhorar o trabalho em equipe entre os diferentes grupos de função (enfermeiros, assistentes, residentes e outros) com uma estrutura razoavelmente singela que atribuiu módulos a pacientes e cuidadores. O tempo de espera caiu cerca de quatro horas, e a experiência dos médicos também melhorou consideravelmente. Então, este foi um exemplo de pequena intervenção que fez uma diferença considerável. Eu não pretendo mostrar que isso foi muito fácil, mas enfatizar que a maioria das pessoas gosta e se sente bem sobre a colaboração e coordenação saudável entre os grupos de funções. Eles sabem que é melhor para os pacientes e que é uma maneira melhor e mais significativa de trabalhar. Parte disso é chegar com bons projetos, e outra parte é remover barreiras para obter uma boa colaboração.

¹ Link para: <https://hbr.org/2016/11/improving-on-the-fly-teamwork-in-health-care>

Artigo publicado originalmente pela **AHRQ Patient Safety Network**
In conversation with Amy C. Edmondson, PhD, AM [interview]. AHRQ PSNet [serial
online]. Fevereiro de 2017. Disponível em:
<https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/217>

Copyright © 2017 AHRQ Patient Safety Network

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A AHRQ Patient Safety Network permitiu a tradução deste artigo e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português. A AHRQ Patient Safety Network não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização desta versão.

Uma conversa com... Amy C. Edmondson

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2017
Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Não Adaptada