

Framework da Psicologia da Mudança do IHI

para avançar e manter os esforços de melhoria



UM RECURSO DO IHI

53 State Street, 19th Floor, Boston, MA 02109 • ihi.org

Como citar este documento: Hilton K, Anderson A. *Framework da Psicologia da Mudança do IHI para avançar e manter os esforços de melhoria*. Livro Branco do IHI. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018. (Disponível no site ihi.org)



AUTORES:

Kate Hilton, JD, MTS: *Docente, IHI*

Alex Anderson: *Pesquisador Associado, IHI*

Agradecimentos:

Os autores agradecem Helen Bevan, Becky Margiotta, Kedar Mate, Kara McElvaine, Frances Olajide, Kathryn Perera, Jessica Perlo, e Hanna Sherman por refinar a teoria; Neil Baker, Karen Baldoza, Mike Briddon, Pedro Delgado, Becka DeSmidt, Christina Gunther-Murphy, Paul Howard, Teaka Isaac, Niñon Lewis, Allison Luke, Marianne McPherson, Santiago Nariño, Linson Naval, Leslie Pelton, Kathryn Perera, Amy Reid, Cory Sevin, Hanna Sherman, Valerie Spaulding, e Trissa Torres por testar o modelo; Barbara Balik, Donald Berwick, Maureen Bisognano, Marshall Ganz, Don Goldmann, Bob Klaber, Becky Margiotta, Kedar Mate, Joe McCannon, Santiago Narino, Tyler Norris, Carlos Pelligrini, Kathryn Perera, Jessica Perlo, Michael Rose, Jonathan Scaccia, Hanna Sherman, Matthew Stiefel, Nana Twum-Danso, e David Williams por revisar o livro branco; e Jane Roessner e Val Weber por editar o livro branco. Também agradecemos os entrevistados ainda não mencionados, dentre eles Nisreen Haj Ahmad, David Fleisher, Hahrie Han, Dan Heath, Hunter Guhlback, Christopher Lawrence-Pietroni, Ziva Mann, Katy Milkman, Michelle Molitor, Tom Nolan, Kathryn Segovia, Rebecca Steinfeld, Andrea Gushken, Guilherme Dias, Elenara Ribas, Helena Barreto dos Santos, Paulo Borem e Robert Sutton.

O IHI *Institute for Healthcare Improvement* é um inovador líder na melhoria da saúde e da assistência à saúde no mundo. Há mais de 25 anos somos parceiros de visionários, líderes e médicos generalistas de vanguarda em todo o mundo para desenvolver meios imaginativos e engenhosos para melhorar a saúde dos indivíduos e das populações. Graças à nossa reputação de parceiro inovador, orientador, confiável e gerador de resultados, somos o primeiro lugar de referência para procurar conhecimentos, ajuda e incentivo para quem quiser gerar uma mudança profunda em benefício da saúde e da assistência à saúde, em qualquer lugar. As ideias e os achados deste livro branco representam o trabalho inovador do IHI e das organizações com as quais colaboramos. Nossos livros brancos estão projetados para compartilhar as problemáticas abordadas pelo IHI, as ideias que estamos desenvolvendo e testando para ajudar as organizações a atingirem melhorias impactantes, e os primeiros resultados, onde estes existam.

Conteúdo

Resumo Executivo	4
O lado humano da mudança	5
O que é a Psicologia da Mudança?	6
Metodologia	6
Quadro da Psicologia da Mudança do IHI: Ativar a mobilização pessoal	7
Poder: A habilidade de agir com um objetivo	8
Coragem: os recursos emocionais para escolher atuar perante um desafio	8
1. Liberar a motivação intrínseca	9
2. Mudança dirigida por pessoas em Co-desenho	13
3. Co-desenhar em um relacionamento autêntico	16
4. Distribuir o poder	20
5. Adaptar em ação	26
Medições	29
Conclusão	31
Referências	32

Resumo Executivo

Entender a psicologia da mudança subjacente aos esforços de melhoria da qualidade, e em aproveitar seus esforços para impactá-los, para atingir resultados inovadores de maneira sustentada e em grande escala. A ciência da melhoria forneceu aqueles que buscam aperfeiçoar a assistência à saúde um quadro teórico e as competências técnicas aplicadas para entender a variação, o conhecimento profundo, a construção de um sistema de aprendizagem e para determinar as melhores intervenções baseadas na evidência (“o quê”) e as melhores estratégias de implementação (“o como”) para atingir os resultados desejados. Contudo, aqueles que buscam aperfeiçoar a assistência à saúde no mundo inteiro ainda lutam contra a fase adaptativa à mudança, que se relaciona com a liberação do poder das pessoas (“o quem”) e suas motivações (“o porquê”) para avançar e manter os esforços de melhoria, que são dois motivos de fracasso das iniciativas de melhoria frequentemente mencionados.

O livro branco apresenta um quadro e um conjunto de métodos para a psicologia da mudança: cinco domínios de prática inter-relacionados que as organizações podem utilizar para avançar e manter os esforços de melhoria:

- Liberar a motivação intrínseca
- Mudança dirigida por pessoas em Co-desenho
- Co-desenhar em um relacionamento autêntico
- Distribuir o poder, e
- Adaptar em ação.

Tomando como base os legados de W. Edwards Deming, Everett Rogers e muitos outros, o lado humano da mudança adquire um novo foco e aumenta a possibilidade de alcançar o êxito nos esforços por melhorar a saúde e a assistência à saúde no curto prazo, bem como de estendê-los e mantê-los ao longo do tempo.

O lado humano da mudança

Embora existam casos surpreendentes de melhorias bem-sucedidas e resultados notáveis nos sistemas da assistência à saúde em todo o mundo, ainda permanece o desafio de atingir resultados em nossos sistemas de saúde e comunidades, quanto mais em grande escala. Existe um abismo significativo entre o que sabemos e o que fazemos na prática. São inúmeras as melhorias e inovações fundamentadas de diferentes disciplinas da saúde que demoram anos em serem adotadas, ou que não se tornam a prática comum devido às taxas baixas de adoção e sustentabilidade.¹

A taxa segundo a qual as melhorias são disseminadas depende, em parte, das pessoas que implementam, disseminam e comunicam a mudança em prática. No livro *Diffusion of Innovations* (Difusão de inovações), Everett Rogers sugere que, para uma inovação se tornar autossustentável, deve ser adotada amplamente. Dentro da taxa de adoção existe um ponto no qual a inovação atinge a massa crítica. Rogers define cinco categorias de adotantes: inovadores, primeiros adeptos, maioria inicial, maioria tardia e retardatários (recentemente chamados de “tradicionalistas”).² A difusão se manifesta de diferentes maneiras e está sujeita, em grande parte, ao tipo de adeptos e seu processo para engajar os outros a adotarem a inovação.

A taxa segundo a qual as melhorias são divulgadas depende, em parte, das pessoas.

O líder do pensamento da melhoria W. Edwards Deming abordou essa situação destacando a importância da psicologia e o lado humano e adaptativo da mudança no seu Sistema de Conhecimento Profundo. Aqui, ele condensou em quatro áreas inter-relacionadas o corpo de informações e competências que podem ser reunidas para influenciar uma melhoria: visão sistêmica, entendimento da variação, teoria do conhecimento e psicologia da mudança.³ Segundo a definição do Deming, a psicologia é a maneira com a qual as pessoas pensam e sentem, o que as motiva e desmotiva, os efeitos problemáticos dos incentivos, e como se comportam, inclusive em situações de mudança. O Dr. Deming reconheceu que todas as melhorias acontecem em sistemas humanos, nos quais as pessoas interagem entre si. Para uma melhoria ser bem-sucedida, ele recomendava aos líderes entenderem e dominarem conhecimentos vastos na área da psicologia e das relações interpessoais. Ele entendia que as pessoas são uma fonte fundamental de valor, e que criar uma cultura que respeite e motive essas pessoas exige trabalho e perícia.

A maioria dos trabalhos de melhoria da qualidade exige das pessoas novas abordagens perante os desafios técnicos e adaptativos. Os **desafios técnicos** são bem definidos, podem ser resolvidos por especialistas ou em conformidade com as autoridades, e podem gerar vantagens no curto prazo. Os **desafios adaptativos** são mais difíceis de identificar, devem ser resolvidos pelas pessoas que sofrem o problema, e levam mais tempo em obter resultados.⁴ Por exemplo, administrar medicação em pacientes com pressão baixa é uma abordagem técnica, enquanto uma abordagem adaptativa é sugerir aos pacientes modificarem seu estilo de vida e sua dieta. A mudança adaptativa depende do compromisso das pessoas com a adoção de novas atitudes, competências, crenças e condutas. Ronald Heifetz, fundador do Centro de Liderança Pública da Harvard Kennedy School, recomenda aos líderes que trabalham com a mudança adaptativa, entre outras coisas, “identificar como deveriam mudar os sistemas de valor ou os métodos de colaboração”, “devolver o trabalho de definir e resolver os problemas às pessoas”, e “controlar a aflição inevitável gerada pelo trabalho de adaptação, pois as pessoas resistem às mudanças”.⁵

Os líderes da melhoria experimentam a resistência com frequência. Existem muitos bons motivos para as pessoas resistirem à mudança: medo de perder o controle, excesso de incertezas, mal-estar pelas surpresas e medo de ver ameaçada a maneira de fazer as coisas.⁶ A resistência é o julgamento feito a partir da percepção de que a mudança proposta ameaça o que as pessoas fazem atualmente.

Na prática, a resistência assume formas de emoções ou condutas para impedir a mudança. As pessoas a demonstram com apatia, desesperança, complacência, dúvidas sobre si mesmas, rejeição pura e, em grande parte, medo. Também pode assumir formas mais sutis, como atuar em conformidade em público, apesar de discordar em privado, especialmente em um contexto onde há requerimento de observância de normas e condutas. E, inclusive, pode vir de diferentes fontes, desde os líderes sênior que resistem em disponibilizar recursos dos recursos que favorecem a mudança, até o pessoal de atendimento ao cliente e os pacientes que resistem às melhorias que deles exigem mudanças de conduta.

Quais são as consequências para os líderes e que produzem melhorias do cuidado à assistência? Enquanto os trabalhadores da assistência à saúde se adaptam ao aumento da carga de trabalho, às mudanças tecnológicas e aos processos complexos para prestar cuidados, as melhorias na qualidade e na segurança são interpretadas cada vez mais como necessárias e são, ao mesmo tempo, pesadas. Desde gerir a dificuldades entre o ritmo da melhoria e a urgência da pressão política e das dificuldades financeiras, até uma cultura organizacional enraizada que detém as melhorias em andamento, conectar líderes da alta direção com colaboradores com experiência de cuidado na ponta, diminuir a síndrome de *burnout* nos médicos clínicos, e a coprodução de saúde entre pacientes e as comunidades- a prova de uma liderança efetiva de um sistema de saúde está representada pela quantidade de pessoas motivadas para atingir e manter melhores resultados em grande escala.⁷

Felizmente, os líderes da melhoria podem aprender e aplicar os princípios e as ferramentas de diversas disciplinas relacionadas com a psicologia da mudança para fazer justamente isso. Tomando como base os legados de Deming, Rogers e muitos outros, o lado humano da mudança adquire um novo foco e aumenta a possibilidade de alcançar o êxito nos esforços por melhorar a saúde e a assistência à saúde no curto prazo, bem como de estendê-los e mantê-los ao longo do tempo.

O que é a Psicologia da Mudança?

A **Psicologia** é definida como a ciência da mente e da conduta humanas, especialmente como uma função de consciência, sentimentos ou motivação. A definição de **mudança** é causar modificação ou transformar. Juntando-as, a **psicologia da mudança** é a ciência e a arte da conduta humana relacionada com a transformação.

Em primeiro lugar, o Quadro da Psicologia da Mudança do IHI é uma abordagem para avançar e manter os esforços de melhoria com as pessoas envolvidas direta ou indiretamente com esta melhoria, os trabalhadores dos nossos sistemas de saúde, pacientes e famílias, membros da comunidade, legisladores e outros. O quadro destaca o valor inerente de cada pessoa, independentemente de sua identidade ou posição dentro de uma organização. Reconhece, também, a importância de que cada pessoa atingida pela melhoria identifique maneiras de contribuir significativamente com a solução. O quadro reconhece que as pessoas atuam segundo suas identidades únicas enquanto aderem, ao mesmo tempo, às muitas condutas humanas previsíveis.

Metodologia

Em 2017, a equipe de inovação do IHI começou a investigar a psicologia da mudança, e reuniu-se uma equipe de pesquisa para analisar o uso potencial de ferramentas adaptativas provenientes de

Psicologia da mudança: ciência e arte da conduta humana relacionada com a transformação.

muitas disciplinas para aumentar o sucesso e a sustentabilidade dos projetos de melhoria. A equipe analisou a literatura (incluindo jornais acadêmicos e profissionais, e livros e *papers* populares) e entrevistou especialistas de uma ampla gama de áreas relacionadas. Essa informação foi resumida em uma série de relatórios internos e, finalmente, produziu o Quadro de Psicologia da Mudança do IHI.

O quadro do IHI surge de um cruzamento de centenas de ferramentas e quadros de diferentes disciplinas e metodologias aplicadas. Por causa de seu amplo escopo, o Quadro da Psicologia da Mudança do IHI não é completo. O quadro procura ser um resumo útil de algumas das diversas disciplinas de avanço na ciência da mudança e nos resultados, tais como a psicologia e a sociologia, bem como das metodologias aplicadas, como gestão das mudanças, organização, *design thinking*, liderança adaptativa, método *scale-up*, formação de equipes e outras. Muitos acadêmicos e profissionais dedicaram suas carreiras aos nichos específicos dessas áreas; recomendamos aos leitores investigarem mais sobre a matéria para aprofundar a aprendizagem e a prática.

O quadro está fundado na teoria social da aprendizagem e reconhece que a transformação exige mudanças individuais e interpessoais no pensamento, nos sentimentos e na forma de agir, junto com mudanças no nível do sistema em estruturas, processos e condições. No seu cerne, este quadro convida as pessoas a engajarem sua mente, seu coração e suas mãos nas dimensões conceitual, motivacional e prática deste documento. Define conceitos, dá exemplos, condensa ferramentas aplicadas nos estágios social, autoria própria e autotransformação do desenvolvimento da consciência adulta, e recomenda a prática experimental, a reflexão e o descobrimento. O quadro evoluirá à medida do avanço das pesquisas e devoluções recebidas. O IHI convida os líderes de melhoria a testarem e compartilharem a aprendizagem para continuar desenvolvendo a teoria, as ferramentas e as medidas.

Quadro da Psicologia da Mudança do IHI: Ativar a mobilização pessoal

O objetivo central do Quadro da Psicologia da Mudança do IHI é **ativar a mobilização pessoal**. **Ativar** significa tornar ativo ou mais ativo, ou passar de inativo para ativo. A **mobilização pessoal** é definida como a capacidade de um sujeito ou grupo para escolher atuar com um objetivo. A **mobilização pessoal** tem dois componentes fundamentais: 1) o **poder**, ou a habilidade de agir com um objetivo, e 2) a **coragem**, ou os recursos emocionais para escolher atuar perante a dificuldade ou incerteza. Juntos, o poder e a coragem são os propulsores principais para ativar a mobilização pessoal, ou a capacidade de um sujeito ou grupo para escolher atuar com um objetivo.

Por exemplo: imagine uma unidade de cuidados pós-operatórios de um hospital com uma alta taxa de quedas evitáveis de pacientes. Um enfermeiro da unidade de cuidados tem ideias para prevenir essas quedas, mas ele é responsável de muitas tarefas específicas e tem pouco tempo para mudar o padrão de trabalho da unidade. Ele reconhece que seu poder-com sua capacidade de agir para prevenir as quedas é limitado. Também, tem medo de ser punido: sabe por experiência prévia que todo trabalho por fora das práticas padrão da unidade pode gerar sanções. Ele tem uma vontade mínima para decidir atuar para prevenir as quedas; sua coragem está limitada pelas normas operacionais da organização. Os líderes precisam identificar maneiras de ativar a mobilização pessoal de enfermeiros como agentes - que farão uso de seu poder e de sua coragem para resultar na escolha consciente de agir: se engajar em melhorias significativas e promover um processo de mudança.

*Ativar a
motivação pessoal
das pessoas =
Poder (habilidade
de agir com um
objetivo) +
Coragem
(recursos
emocionais para
escolher atuar
perante a
dificuldade ou
incerteza)*

Poder: A habilidade de agir com um objetivo

O poder não é uma posição ou um cargo que uma pessoa ocupa em uma organização; não é uma coisa, qualidade ou um traço distintivo. O poder é relacional, produzido por um conjunto de relações interdependentes que podem ser aproveitadas para alcançar um objetivo específico. O poder é gerado a partir do como as pessoas oferecem suas habilidades, conhecimentos, experiência e capacidade de agir, individualmente e em conjunto, para alcançar um objetivo.

Coragem: os recursos emocionais para escolher atuar perante um desafio

A raiz da palavra coragem é “cor”, coração em latim. A coragem provém dos recursos emocionais das pessoas por escolherem atuar com consciência perante um desafio.⁸ O educador Parker Palmer explica que a fonte da coragem é o conhecimento de nós mesmos, criando circunstâncias nas quais os outros podem ser mais cientes de si mesmos e podem se conhecer mais, e nos relacionamos com o que acontece ao nosso redor.⁹

O Quadro da Psicologia da Mudança do IHI se centra em ativar a motivação pessoal o em três níveis:

- **Individual:** A motivação individual para tomar decisões próprias. As pessoas percebem um maior sentido da mobilização pessoal quando exercem seu poder e a sua coragem para atuar.¹⁰
- **Interpessoal:** A motivação coletiva das pessoas agindo juntas. As pessoas percebem um maior sentido da mobilização pessoal quando se encontram com experiências positivas de outras pessoas que exercem seu poder e sua coragem.¹¹
- **Sistema:** As estruturas, os processos e as condições que dão suporte ao exercício de uma mobilização pessoal dentro e através das instituições e organizações. As pessoas percebem um maior sentido da mobilização pessoal quando as estruturas nas quais elas se desenvolvem lhes permitem exercer seu poder e sua coragem.¹²

Este é o objetivo do Quadro da Psicologia da Mudança do IHI: criar as condições que permitam aos sujeitos e grupos de diferentes sistemas exercerem o poder e a coragem (quer dizer, decidir atuar com um objetivo) para avançar e manter os esforços de melhoria na saúde e na assistência à saúde. Para estabelecer ditas condições, o quadro está organizado em torno de cinco domínios de prática inter-relacionados (vide a Figura 1).

O educador Parker Palmer explica que a fonte da coragem é o conhecimento de nós mesmos, criando circunstâncias nas quais os outros podem ser mais cientes de si mesmos e podem se conhecer mais, e nos relacionando com o que acontece ao nosso redor.

Figura 1. Quadro da Psicologia da Mudança do IHI



1. **Liberar a motivação intrínseca:** Tocar em fontes de motivação intrínseca estimula indivíduos e galvaniza indivíduos e pessoas a se comprometerem com a ação
2. **Mudança Dirigida por pessoas em Co-desenho:** Aqueles mais afetados pela mudança tem o maior interesse em desenhar o novo sistema de maneiras que são cheias de significado e viável para eles.
3. **Co-desenhar em um relacionamento autêntico:** Mudança é coprodução quando pessoas indagam, ouvem, enxergam, e se comprometem uns com outros
4. **Distribuir o poder:** Pessoas podem contribuir com seu único valor para trazer mudança quando o poder é compartilhado
5. **Adaptar em ação:** Agir pode ser uma experiência motivacional para as pessoas aprenderem e interagir para serem eficazes.

Isto não significa que esses cinco domínios sejam sequenciais, e sim inter-relacionados, e podem ser ligados de diferentes maneiras e em diferente ordem. O uso efetivo dessas práticas para ativar a mobilização pessoal pode e deve ser mensurado (vide mais na seção de Medições abaixo).

Os cinco domínios são descritos mais em detalhe a seguir, incluindo resumos de ferramentas de potencial elevado para aplicar os conceitos em um contexto de melhoria. Na prática, cada ferramenta se relaciona com os cinco domínios.

1. Liberar a motivação intrínseca

O que significa liberar a motivação intrínseca? Becky Margiotta e Joe McCannon, líderes da mudança de grande escala que cofundaram a *Billions Institute*, definem a **liberar** como “orquestrar a perda de controle das pessoas na direção desejada.”¹³ Isso implica uma tensão inerente entre facilitar e guiar enquanto se perde o controle, porque muitas pessoas expõem sua energia e criatividade para avançar em uma causa comum.

Os psicólogos clínicos e sociais Richard Ryan e Edward Deci definem a **motivação intrínseca** como “fazer algo pela satisfação inerente ao engajamento na atividade.”¹⁴ (Em comparação, a

Liberar a motivação intrínseca



motivação extrínseca significa fazer algo porque gera um resultado por separado, como uma recompensa, um reconhecimento, ou porque se evita uma punição). Em conjunto, **liberar a motivação intrínseca** significa criar as condições para muitas pessoas desenvolverem uma causa comum em base ao valor inerente experimentado na atividade.

Da mesma forma, Deming acreditava que aqueles que buscam melhorar a assistência na saúde devem mudar dos sistemas impulsionados pelo medo e pela motivação extrínseca para sistemas impulsionados pela motivação intrínseca.¹⁵ Por influência de Alfie Kohn, o autor do livro *Punished by Rewards* (Punidos pelas recompensas), Deming rejeitava a gestão baseada na abordagem de "punição e recompensa", bem como outras práticas comuns, tais como quotas e avaliação de méritos, que têm por objeto fixar a culpa e a recompensa nos sujeitos. Em seu lugar, Deming se concentrou nas motivações que surgem de um ambiente de confiança, das relações, da interdependência e do orgulho pelo trabalho.

Deming entendia os postulados dos psicólogos Deci e Ryan e dos cientistas sociais Richard Hackman e Greg Oldham: a motivação intrínseca gera criatividade, compromisso, aprendizagem adaptativa e conquistas. Hackman e Oldham demonstram que as atividades desenhadas para utilizar fontes intrínsecas de motivação geram mais compromisso que aquelas associadas às recompensas extrínsecas. As condições para criar atividades motivacionais incluem uma experiência de pertinência (a atividade é importante para o objetivo global), responsabilidade (a qualidade com qual a tarefa é realizada é minha responsabilidade) e resultados (enquanto faço o trabalho, vejo se o estou fazendo bem ou não).¹⁶ (Todas estão fundamentadas na segurança psicológica, que será abordada a seguir neste livro branco). Estes motivadores intrínsecos são fontes geradoras e sustentáveis do compromisso por avançar e por manter os esforços de melhoria.

Liberar a motivação intrínseca:

Explorar as fontes de motivação intrínseca reanima o compromisso individual e coletivo das pessoas a atuarem.

Para liberar a motivação intrínseca, é importante que os promotores de melhoria entendam o que é importante para outras pessoas de maneira individual, relacionadas com as pessoas que são importantes para elas, e com a sociedade como um todo. Quando isso que importa às pessoas é incorporado e respeitado como parte do trabalho de melhoria, os medos associados à mudança são limitados, porque as pessoas têm mais probabilidade de ver e experimentar o valor fundamental da mudança. Em um artigo de 2012, Michael Barry e Susan Edgman-Levitan apresentaram a ideia de formular duas perguntas ao paciente no contexto de implementar uma tomada de decisões compartilhada: "O que é importante para você?", e "O que acontece?".¹⁷ Sua ambição era aumentar a ciência dos médicos clínicos sobre os problemas importantes da vida dos pacientes que pudessem originar tratamentos personalizados. Maureen Bisognano, Presidenta Emérita do IHI e defensora do conceito de "O que é importante para você?" "na assistência à saúde", argumenta que é essencial evocar os objetivos, as preferências, as esperanças e os sonhos dos pacientes para mudar a abordagem do tratamento da doença para a coprodução de saúde, porque ativa as motivações intrínsecas das pessoas para se sentirem saudáveis.

A mesma lição corresponde ao trabalho de melhoria. Os líderes de melhoria não podem assumir que as razões pelas quais acreditam que uma mudança será uma melhoria se aplicam a outras pessoas e suas perspectivas. Em vez disso, os líderes da melhoria podem perguntar a cada membro de um projeto de melhoria o que é importante para eles. Assim, as pessoas atingidas pela mudança poderão expressar claramente por que a mudança é ou não é valiosa desde a perspectiva de cada um.¹⁸ A tarefa do líder não é julgar a fonte da sua motivação, mas permitir às pessoas acederem a essa motivação, uma e outra vez, para avançarem e manterem os esforços de melhoria.

Como liberar a motivação intrínseca

Existem muitos métodos para liberar a motivação intrínseca. A seguir, apresentamos um resumo de ferramentas de um alto potencial, porém subaproveitadas em contextos de melhoria: a narrativa pública, o *design* de atividades motivacionais, e o jogo e celebração.

- **Usar a narrativa pública**

A narrativa pública foi desenvolvida por Marshall Ganz e oferece uma abordagem prática para identificar e liberar a motivação intrínseca (vide a figura 2).

Figura 2. Narrativa pública



Fonte: Ganz M. *What Is Public Narrative: Self, Us & Now (Public Narrative Worksheet)*.²¹ Adaptado com autorização.

A narrativa pública inclui três elementos:¹⁹

- Uma história de **si próprio**: Histórias pessoais que atinjam os recursos emocionais inerentes a nossos valores que podem permitir a ação consciente;
- Uma história de **nós**: Histórias coletivas que atinjam os recursos emocionais inerentes aos valores compartilhados pelo grupo de pessoas envolvidas na ação; e
- Uma história **do agora**: Histórias que transformam o momento presente em um momento narrativo no qual somos confrontados por um desafio urgente, que atinjam fontes de esperança e permitam uma resposta consciente (ao invés de uma reação de medo).

Juntos, esses três fios narrativos criam um alicerce no qual um sujeito, uma equipe ou organização pode liderar em base a valores individuais motivadores (histórias de si próprio), colaborar na base de valores compartilhados (histórias de nós), e acessar a fontes de coragem para responder com consciência a um desafio urgente ao invés de reagir contra ele (histórias do agora). Essas histórias comunicam as motivações intrínsecas que dão o impulso aos esforços de melhoria, tais como a dignidade e o respeito, a honestidade e a igualdade, a justiça e a segurança e o amor e a bondade.

Por exemplo, o anestesiológico Dr. Michael Rose se inspirou na narrativa pública para liberar a motivação intrínseca necessária para a adoção generalizada de uma lista de verificação fundamentado de segurança cirúrgica no centro médico McLeod Regional Medical Center em Florence, Carolina do Sul. Durante mais de 18 meses antes, as taxas de adoção flutuaram em torno de 30% apesar dos esforços por conscientizar, capacitar, comercializar, convencer, persuadir e até obrigar o uso da lista de verificação. Para liberar a motivação intrínseca, o Dr. Rose reuniu os membros da equipe cirúrgica para eles comentarem e compartilhem seus motivos para escolher as profissões assistenciais e o cuidado aos pacientes. Os membros da equipe compartilharam histórias de si mesmos: entes queridos que sofreram danos no hospital ou injustiças durante a da assistência à saúde. Descreram dificuldades pessoais como filhos de pais idosos, como cônjuges, como pais de filhos pequenos. Dividiram momentos comuns de luto e perda, ou com pessoas que lhes ajudaram a atravessar momentos de incerteza profunda, e como essas pessoas e esses momentos os transformaram em seres humanos e profissionais.

Ao longo dessas histórias, os membros das equipes cirúrgicas se conectaram entre eles e as motivações intrínsecas de cada um para o cuidado dos pacientes. Alguns explicaram que estavam escutando pela primeira vez as motivações dos outros para fazer seu trabalho, apesar de terem trabalhado juntos por mais de 25 anos. O Dr. Rose e sua equipe criaram uma história de nós e do agora enquanto compartilhavam como o trabalho de melhoria os aproximou do que os motivou para trabalhar na medicina: cuidar das pessoas com justiça e segurança. Contrastaram o desafio urgente do dano dos pacientes com histórias otimistas de pacientes que obtiveram resultados cirúrgicos melhorados graças à implementação da lista de verificação, e os efeitos positivos na família, nos empregadores e na comunidade do paciente em geral, e nos funcionários do hospital. Os resultados acompanharam: 100% manteve a utilização da lista de verificação, a mortalidade caiu 35%, e o tempo de ocupação anual dos recursos diminuiu em 80.000 horas graças às melhorias no desempenho.²⁰ Também, os membros das equipes cirúrgicas relataram medidas de melhoria na cultura de segurança, aumento na satisfação com o trabalho e diminuição de estresse.

Os líderes da melhoria geram o espaço para evocar essas histórias. Ao compartilhá-las, revelamos quem somos como líderes e lembramos às pessoas (e a nós mesmos) por que cuidamos, o que motiva os outros a decidirem, em um contexto de melhoria, com intenção e esperança, a adotarem e manterem esforços de melhoria. Por exemplo, muitos conselhos de diretores e outros comitês dos sistemas de saúde começam suas reuniões contando histórias de pacientes, familiares ou membros da equipe. As histórias ativam a mobilização pessoal das pessoas ao evocarem suas emoções, seu sentido da urgência, sua ira contra as injustiças, sua esperança e solidariedade, e seu sentido de poder fazer uma diferença. Os motivadores da ação ajudam as pessoas a superarem os inibidores, tais como os sentimentos de inércia, apatia, medo, isolamento e dúvidas sobre si mesmo.²¹ As emoções motivam as pessoas a atuarem, como uma fonte de coragem, especialmente em momentos de dificuldade ou incerteza, o que lhes permite exercer o poder (a capacidade de atuar com um objetivo).

- **Incorporar o *design* de atividades motivacionais no esforço de melhoria**

O *design* de atividades motivacionais foi desenvolvido por Richard Hackman e Greg Oldham. Concentra-se no *design* de atividades envolvidas em esforços de melhoria de modo a provocar motivação intrínseca nas pessoas e manter seu compromisso. Este método permite aqueles que buscam melhorar a assistência na saúde criar ações significativas, e as pessoas veem seus esforços conectados a um resultado valioso, são responsáveis e livres paratomar decisões (ao invés de receber ordens), e existem oportunidades de aprendizagem e *feedback*.²²

Hackman e Oldham identificam cinco critérios de design para incorporar nas atividades motivacionais: 1) identidade da ação: a ação pode ser completada do começo ao fim; 2) importância da ação: a ação faz diferença e contribui com um objetivo maior; 3) variedade de competências: a ação exige muitas competências e não é reiterativa nem tediosa; 4) autonomia: os atores têm a liberdade de escolher sua abordagem; e 5) *feedback*: os resultados estão acessíveis e podem ser utilizados para identificar melhorias no futuro. Quando os líderes da melhoria criam ações para potencializar esses critérios, as pessoas experimentam três estados psicológicos: significado do trabalho, responsabilidade pelos resultados, e o conhecimento dos resultados concretos. Por sua vez, esses estados psicológicos impulsionam seus resultados pessoais e profissionais, como a motivação interna elevada, desempenho profissional de alta qualidade, satisfação elevada com o trabalho e taxas de absenteísmo e rotatividade baixas.

- **Brincar e celebrar**

O jogo convida as pessoas a serem autênticas, aprofunda sua imaginação e criatividade, e as ajuda a tomar riscos e serem corajosas.²³ Em comunidade, ocorre como uma atividade relacional que constrói confiança. O líder de melhoria Joe McCannon, depois de estudar centenas de esforços de mudança de grande escala, descobriu que quando as pessoas brincam juntas se obtém os melhores resultados. E por que? Porque o jogo dá às pessoas os recursos emocionais para responder e adaptar ao que eles precisam aprender para serem eficazes. Incorporar o jogo como parte das atividades de melhoria ativa a mobilização pessoal das pessoas, enquanto a falta de jogo a empobrece.

A celebração é uma oportunidade para parar e refletir, interpretar e honrar o que aconteceu, agradecer às pessoas pela sua contribuição, e aprender com o êxito e com os fracassos. Inclui rituais que permitem às pessoas se reunirem em comunidade. Envolve a narração dos objetivos estabelecidos pela equipe, menciona vitórias e derrotas, comenta as contribuições individuais e da equipe, interpreta situações, reconhece a identidade comum e oferece uma visão esperançosa sobre o futuro. A celebração demonstra os valores de melhoria da equipe em ação, e é significativa e divertida.

2. Mudança dirigida por pessoas em Co-desenho

Os esforços de melhoria da qualidade testam novas ideias para ver se elas geram melhores resultados. A geração de ideias é um processo contínuo, e é necessário aplicar um filtro no conjunto de ideias para decidir quais serão testadas. O Quadro Conceitual da Psicologia da Mudança do IHI garante que todas as partes interessadas sejam parte do processo de concepção co-desenhando a mudança dirigida pelas pessoas.

O co-desenho acontece quando as pessoas são desenhadas com ao invés de desenhadas para. A ideia é que o fato de sentir empatia por um problema não é o mesmo que experimentar um problema. Aqueles que são mais impactados pela mudança, especialmente os mais vulneráveis ou marginalizados, têm o maior interesse em projetar melhorias significativas e que funcionem. O co-desenho adota um princípio operacional simples: todo aquele que toca ou é tocado por uma melhoria, em qualquer nível, tem algo para contribuir. O IHI se refere a isto como “todos ensinam, todos aprendem”.

Neste domínio do Quadro Conceitual, as pessoas mais afetadas pela mudança co-desenham a melhoria. Seu engajamento direto na equipe de melhoria capta sua experiência e seu conhecimento, e resulta em melhores ideias de mudanças, implementação mais suave e maiores taxas de adoção. Por exemplo, o idoso Randel Smith é membro da equipe de melhoria no Anne



Arundel Medical System em Maryland, que está co-desenhando melhorias no cuidado do idoso no contexto da iniciativa *Age-Friendly Health Systems* da qual este centro médico participa. Smith trabalha junto aos líderes sêniores do sistema de saúde, os líderes de melhoria da qualidade e do pessoal de atendimento ao cliente para gerar, testar, oferecer e receber *feedback* de seus pares sobre as melhorias. O Diretor de Operações Maulik Joshi salientou que “o co-desenho acontece em todos os níveis: no começo e com frequência, e não apenas uma vez. Isso significa começar com nossos pacientes e depois abordar nossos problemas, e não ao contrário”.

Para iniciar o co-desenho, os líderes da melhoria se concentram em uma palavrinha do Modelo de Melhoria: “nós”. O que *estamos* tentando conseguir? Como *vamos* saber se a mudança é uma melhoria? Que mudança *podemos* fazer que o resulte em melhoria?²⁴ No co-desenho, a palavra “nós” inclui as partes interessadas internas e externas, ou as pessoas atingidas direta ou indiretamente pela melhoria. As partes interessadas internas são aquelas com experiência de vida no problema abordado, como os pacientes e sua família; as partes interessadas externas são as que têm um conjunto de valores e interesses compartilhados em resolver o problema, como os líderes sênior do sistema de saúde, fornecedores e pessoal de atendimento ao cliente. Juntas, essas partes interessadas trabalham de maneira colaborativa para solucionar um problema de melhoria e, mantê-lo solucionado.

Esta é a mudança principal para ser guiado para as pessoas: estender o foco dos líderes no problema ou na solução (“o quê”) e a estratégia de implementação (“o como”) para incluir as pessoas (“o quem”) que a experimentam e implementam. A abordagem tradicional dos esforços de melhoria é identificar o processo e as ideias de como melhorar, e depois implementar ditas melhorias. Uma abordagem centrada nas pessoas começa identificando quem está envolvido, e isso significa todas as pessoas envolvidas, e depois os grupos de partes interessadas são convidados a determinar as melhorias que querem conseguir juntos. Isto é possível começando pelos esforços do co-desenho em pequena escala com os membros de todos os grupos de partes interessadas.

Co-desenho a mudança acionada pelas pessoas:

Aqueles que são mais impactados pela mudança têm o maior interesse em projetar melhorias significativas e que funcionem.

Por exemplo: quando Christian Farman necessitou reiniciar a diálise depois do transplante de rim, ele entrou em contato com a enfermeira Britt-Mari Banck do centro de hemodiálise do Ryhov County Hospital na Suécia. Farman tinha pesquisado sobre a diálise peritoneal ou auto-diálise, e estava convencido de que ele podia conduzir seu próprio tratamento para evitar os efeitos secundários (como náuseas, edema e sede extrema) melhor que os/as enfermeiros/as do centro. Em cinco semanas, Farman e Banck co-desenhar um novo processo através do qual ele conduziu a diálise de maneira independente, com menos efeitos secundários. Então, Banck treinou outros pacientes da doença renal para conduzirem a auto-diálise, e o resultado foi o aumento da frequência da diálise porque o processo era menos árduo, e com o decorrer do tempo as taxas de infecção diminuíram. Hoje, quase 60% dos pacientes de diálise peritoneal ou de hemodiálise do hospital conduzem seus próprios tratamentos, e o objetivo é aumentar esse percentual para 75%.²⁵ Esse modelo de auto-diálise conduzida pelo paciente difundiu-se a outros sistemas de saúde, incluindo no Texas, onde a taxa de hospitalização dos pacientes de diálise recuou para a metade, e a taxa de mortalidade diminuiu em um terço.²⁶

Isto nos leva, ao componente **mudança** deste domínio. A teoria da difusão de inovações de Everett Rogers identifica cinco propriedades da mudança que favorecem sua adoção: resposta à necessidade, compatibilidade com o contexto local, simplicidade, possibilidade de experimentação ou experimentabilidade, e possibilidade de observação ou observabilidade. Em outras palavras, visto que a melhoria atinge as pessoas, não deve funcionar apenas do ponto de vista do seu fundamento, mas também deve funcionar para as pessoas atingidas por essa mudança e pelas que vão implementar essa mudança.

A abordagem da melhoria sob a perspectiva da psicologia da mudança exige que as equipes de melhoria sejam completamente transparentes ao descrever o que a mudança é, quem a projetou, como funciona e por que importa. O foco é ativar a mobilização pessoal das pessoas para avançar na melhoria ao invés de projetar melhorias a portas fechadas que inconscientemente empurram as pessoas por caminhos tendenciosos, nos quais, os que desenham a melhoria, acham mais fácil e oferecem menos resistência para avançar na melhoria. A psicologia da mudança oferece às partes interessadas afetadas pela melhoria uma oportunidade de colaborar e uma escolha ciente de atuar.

Ao mesmo tempo, para ajudar a equilibrar as dinâmicas do poder no co-desenho, os líderes da melhoria devem estar cientes dos vieses das pessoas e de seu efeito na maneira de responder a outras pessoas e à mudança. Para criar e liderar mudança, os líderes da melhoria devem engajar as partes interessadas que têm menos poder.

Como dirigida mudança por pessoas em Co-desenho

Embora desenhar a partir de uma ampla variedade de práticas de design thinking e de empatia seja um bom primeiro passo, apresentamos um resumo de três métodos que permitem aos líderes e às equipes de melhoria mudar o foco para as pessoas.

Fique atento aos vieses

Todas as pessoas têm vieses. Os vieses afetam a maneira de desenhar testes de mudança. Tendo em conta as posições de poder, nossos vieses podem piorar qualquer situação, apesar das melhores intenções. Para ser dar conta mais cientes dos próprios vieses, faça o teste online “Universidade de Harvard Implicit Bias Test” ou pratique fazer a análise de causa dos “cinco porquês” para análise de causas raízes em introspecção, perguntando-se: “Por que reagi dessa maneira com essa pessoa ou ideia”? Ou: “Por que supus isso”?. Outra prática é desacelerar, porque os vieses inconscientes adquirem força quando as pessoas vão muito rápido. Use a “regra dos sete segundos” para fazer uma pausa antes de afirmar e permita que os que têm uma posição de menor autoridade possam compartilhar as deles.

Mapear os atores

Para determinar quem deveria estar envolvido no co-desenho de um trabalho de melhoria em particular, as equipes podem utilizar a ferramenta conceitual de mapeamento de atores, ou seja, das partes interessadas fundamentais para uma mudança proposta. O objetivo é ver o sistema das perspectivas das partes interessadas para construir uma estratégia a partir das habilidades existentes. Também ajuda as equipes de melhoria a verem como as partes interessadas se conectam entre elas e a verem as pessoas com igualdade de tratamento e como parceiras para atingir a mudança. O mapa em si é um recurso vivo, que muda ao longo do tempo e à medida que a equipe fica melhor informada sobre os valores, os interesses e as habilidades das partes interessadas. O mapa também identifica áreas em sintonia e transforma essa sintonia em oportunidades de esforços de melhoria co-desenhado.

Elaborar declarações de objetivos guiado para as pessoas

Esta abordagem também é conhecida como declarações estendidas de objetivos e procura articular as pessoas que trabalham juntas para atingirem o objetivo de melhoria (a parte relacionada com as pessoas), além do que está sendo melhorado, em quanto e quando. Essa prática lembra aos envolvidos no esforço de melhoria que as pessoas são a fonte fundamental de valor para alcançar os objetivos e sinaliza o uso da lente da psicologia da mudança para melhorar.

As declarações de objetivos guiado para as pessoas destacam o “nós” do Modelo de Melhoria mencionando quem são essas pessoas: Nós (**quem**: os membros da equipe de melhoria) estamos co-desenhando (**com quem**: as partes interessadas internas e externas) para fazer (o **quê**: o objetivo) em (**quanto**: a medida) para (**quando**: período) de modo (**como**: as mudanças a serem testadas) com a finalidade de (o **por quê**: a motivação).

Por exemplo:

- Declaração inicial de objetivos: Diminuiremos o tempo de internação dos pacientes da unidade de cuidados intensivos em 50% dentro de 9 meses.
- Declaração de objetivos guiado para as pessoas nas pessoas: Nós, Mary Marchetti, George Yin e Juan Carlos Santiago, junto aos pacientes da unidade de cuidados intensivos e seus familiares, aos membros da equipe de cuidados paliativos e aos membros da unidade de cuidados intensivos, estamos co-desenhando uma a diminuição de 50% no tempo de internação dos pacientes da unidade de cuidados intensivos dentro de 9 meses, convocando reuniões proativas com as famílias dos pacientes da unidade de cuidados intensivos e/ou consultas com a unidade de cuidados paliativos, com a finalidade de melhorar a qualidade do cuidado do paciente e diminuir custos.

Esta abordagem também lembra as equipes de co-desenhar indicadores que realmente sejam importantes para elas. Por exemplo, o co-desenho no Departamento de Saúde dos Veteranos dos Estados Unidos mudou os indicadores de resultados para incluir tempo de espera em serviços de saúde mental. A iniciativa *100 Million Healthier Lives* (100 milhões de vidas mais saudáveis) co-desenhou com os usuários a plataforma “Measure What Matters” (métricas que importam), que permite às pessoas medirem como seu trabalho de melhoria contribui com a saúde, o bem-estar, a igualdade e a sustentabilidade.

3. Co-desenhar em um relacionamento autêntico

A coprodução é a segunda parte de um processo completo de cocriação quando combinada com o co-desenho. O *New Economics Foundation* descreve o conceito de **coprodução** como uma abordagem que:²⁷

- Trata pessoas como participantes ativos no processo, não apenas como expectadores e executores.;
- Fornece uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento;
- Promove inteligência emocional e desenvolva a capacidade dos indivíduos no trabalho em equipe;
- Reduz ao mínimo a distinção entre produtores de serviços e consumidores de serviços; e
- Outorga responsabilidade, liderança e autoridade reais a todas as pessoas envolvidas.

Segundo a Fundação, o ponto central da coprodução, não se trata de consultar ou engajar um número maior de pessoas para a tomada de decisão, e sim encorajá-las a usarem as competências humanas e sua experiência para ajudar a fornecer uma solução”. Na coprodução, os que fornecem e utilizam os serviços da assistência à saúde compartilham o poder e a responsabilidade de resolver problemas e atingir resultados.



Maren Batalden, Paul Batalden e seus coautores aprofundam a noção de coprodução nos serviços da assistência à saúde. Eles distinguem o fornecimento de serviços da assistência à saúde do fornecimento de produtos. Por exemplo, no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, os pacientes que vivem com doenças crônicas aprenderam, junto aos fornecedores, as competências necessárias para a comunicação, as agendas de consultas, o estabelecimento de objetivos e monitoramento de progressos e a solução de problemas. No Cambridge Health Alliance de Massachusetts, grupos de pacientes se reúnem para desenvolver planos de cuidado e para construir uma comunidade durante as consultas médicas compartilhadas. Cada uma dessas intervenções se concentra nas relações entre fornecedores e pacientes, que trabalham juntos com o objetivo de melhorar a saúde.²⁸

O quadro da Psicologia da Mudança do IHI destaca as **relações autênticas** como os alicerces da coprodução. As relações autênticas são fomentadas quando as pessoas pesquisam, escutam, veem e se comprometem umas às outras se apoiando de diversas maneiras. Estas relações exigem presença, prudência, curiosidade genuína, humildade, a coragem de mostrar vulnerabilidade, e a capacidade de escutar. Portanto, **Co-desenhar em um relacionamento autêntico** significa reconhecer e apoiar as diferenças entre as pessoas e suas perspectivas, e criar uma relação na qual o verdadeiro eu e os pensamentos de cada membro possam se apresentar, resultando em um compromisso mútuo com a ação. Essas interações são transformacionais, não reativas nem transacionais.

A diferença entre transacional e transformacional é semelhante à diferença entre o autêntico e o não autêntico. Em um contexto **transacional**, os líderes da melhoria procuram contribuições dos pacientes e do pessoal de atendimento ao cliente, mas somente no nível nominal. Quando essa participação não tem uma carga genuína nas decisões, é simbólica. A participação simbólica acontece quando uma pessoa ou grupo de pessoas que pertencem a um grupo tradicionalmente dominante (por exemplo, líderes Sênior, pessoas brancas, homens, médicos) engajam um membro de um grupo menos dominante (por exemplo, empregados de nível básico, negros, mulheres, pacientes) com a finalidade de incluir um sujeito que represente esse grupo. Também acontece quando um líder convida essa pessoa a fazer uma contribuição, mas não a incorpora na tomada de decisões; sua ação ou decisão será tomada independentemente dessa contribuição. A participação simbólica envia uma mensagem clara de que um líder de melhoria, uma equipe ou uma organização não vê o sujeito ou sua habilidade (ou o grupo e sua habilidade) para contribuir. Ao contrário, ele vê um representante que satisfaz um desejo de ganhar crédito de outras partes interessadas.

Em contrapartida, em um contexto **transformacional**, ao co-desenhar em um relacionamento autêntico os líderes de melhoria e as organizações estão abertos à possibilidade de serem transformados um ao outro. Por exemplo, em 2012, fornecedores de cuidados à saúde e membros da comunidade de Columbia, Carolina do Sul, se juntaram para conquistar um objetivo triplo (Triple Aim) em uma região geográfica com uma das taxas mais altas de amputações relacionadas à diabetes no país. Apesar dos fatores históricos, raciais e políticos enraizados, os líderes de melhoria e os membros da comunidade, construíram relações autênticas. No primeiro ano, mais de 350 pessoas doaram mais de 3.000 horas para melhorar a saúde na comunidade, incluindo 1.000 exames médicos. Um líder Sênior de um hospital envolvido no esforço explicou: “ao invés de dizer para os membros da comunidade ‘isso aí é o que nós [fornecedores] achamos que vocês devem fazer’, dissemos ‘queremos aprender de você: o que você vai fazer, e como podemos contribuir’.”²⁹ Da mesma forma, os membros da comunidade mudaram a sua conversa, e ao invés de perguntar aos fornecedores: “o que vocês podem fazer por nós?”, agora dizem: “Isto é o que vocês podem fazer por nós”. Os fornecedores e os membros da comunidade mudaram a maneira de ver sua relações um ao outro.

Co-desenhar em um relacionamento autêntico:

A mudança é coproduzida quando as pessoas pesquisam, escutam, veem e se comprometem umas as outras.

Tal como o afirma o professor de Política Ambiental da Universidade da Califórnia em Santa Bárbara, Hahrie Han: “Não nos transformamos sozinhos; transformamo-nos quando estamos relacionados com outros.”³⁰ A coprodução redefine relações: não é apenas um meio para projetar processos melhores e para atingir resultados. Causa e tem um impacto psicológico em si. O resultado é consistente com a pesquisa que demonstra que o desenvolvimento da **mobilização pessoal** e o empoderamento das pessoas pode beneficiar a saúde.³¹

Alguns críticos questionam a coprodução por seu ritmo lento. É lenta no começo. Porém, quando as pessoas estabelecem relações autênticas, economiza tempo e recursos. Lembremos o Dr. Rose, que gastou recursos e tempo com abordagens que não funcionaram para a adoção em larga escala do checklist de segurança cirúrgica no McLeod, até que ele e sua equipe começaram a co-desenhar em um relacionamento autêntico. Sua estratégia: cada membro da equipe se reuniu de maneira individual com entre quatro e sete colegas de sua preferência, provocando motivações intrínsecas e escutando as preocupações antes de convidar-lhes a testar e melhorar o uso do checklist e a se unirem à equipe de melhoria.

Durante muitos anos, cada grupo novo de empregados do McLeod recebeu capacitação em métodos de coprodução com entre quatro e sete membros da equipe em uma estratégia de rede em cascata. Até hoje, mais de 700 pessoas participaram de sessões one-to-one em todo o centro médico, gerando 100% de adoção sustentável de uma melhoria que salva vidas, melhora a segurança, reduzindo custos, aumentando a satisfação dos empregados e transformando a cultura. Esse tempo é bem utilizado. Por quê? Porque um relacionamento autêntico é uma fonte de valor e motivação para atuar. Como o Dr. Rose menciona, as relações desenvolvidas durante o esforço do checklist agora servem como alicerce de muitos esforços de melhoria adicionais para diminuir o desperdício, melhorar o fluxo e abordar problemas de segurança.³² As relações autênticas são recursos que crescem com o seu uso.

Como Co-desenhar em um relacionamento autêntico

Ainda que existam muitas ferramentas neste domínio, os métodos escolhidos descritos abaixo, especialmente quando utilizados em combinação com algum outro, podem permitir líderes e equipes da melhoria a co-desenhar em autêntico relacionamento. A base, neste domínio, é o conceito de Edgar Schein de “indagação humilde”: a “arte de dar forma a alguém, de fazer perguntas para as quais você não sabe a resposta, de construir um relacionamento baseado na curiosidade e no interesse pela outra pessoa”.

- **Pratique os cinco passos de um encontro one-to-one**

A prática dos cinco passos do encontro one-to-one (ver Figura 3) vem de Marshall Ganz e o campo da organização comunitária³³.

Figura 3. Encontro “one-to-one”



Fonte: Ganz M. *Organizing: People, Power, Change*.³⁴ Adaptado com autorização.

1. **Estabelecer:** o organizador do encontro obtém a atenção de outra pessoa para que dediquem um tempo determinado em conjunto.
2. **Objetivo:** no início do encontro, o organizador descreve, de modo transparente, o objetivo do encontro, articula energia e valorização e confirma a hora de término, em função de delimitar e dar um ritmo à conversação.
3. **Exploração:** é o coração da conversação, em que o organizador faz perguntas abertas e honestas e ouve em profundidade (ver abaixo). Em um contexto de melhoria, o foco está em aprender o que é importante e motivar as pessoas a desencadearem a motivação intrínseca. O organizador do encontro ouve 80% do tempo, tomando notas mentais sobre os valores, interesses e habilidades da outra pessoa, enquanto compartilha sobre si mesma durante os 20% restantes. Este passo estabelece uma base para um autêntico relacionamento (principalmente quando combinado com outras práticas abaixo).
4. **Intercâmbio:** nomear, de forma explícita, a informação, suporte, desafios e *insights* que as duas pessoas estão compartilhando durante a conversação e explorar um propósito em comum possível. Convide a outra pessoa a opinar sobre o que é possível; a coprodução está em jogo aqui.
5. **Compromisso:** um encontro one-to-one de sucesso termina com um compromisso claro (ou seja, quem vai fazer o quê e quando) para que as pessoas se envolvam em uma troca estratégica e mútua de habilidades.

Dois erros comuns são solicitar compromisso sem estabelecer uma base de valores compartilhados ou omitir o desenvolvimento de um objetivo comum. Isso o converte em um intercâmbio transacional no qual o organizador está obtendo o envolvimento ou o acordo para fazer algo pelo outro. Por outro lado, quando ambas partes exploram, cada uma, as motivações e os interesses da outra, e comprometem suas habilidades em função de um objetivo compartilhado com o qual ambos estão de acordo, eles coproduzem em um relacionamento autêntico. Os interesses individuais são reformulados como interesses comuns, com os quais ambas as partes

comprometem suas habilidades em conjunto. Na medida em que tais intercâmbios se baseiem em valores compartilhados, eles transcendem as transações para se tornarem uma base para o crescimento, aprendizado e desenvolvimento transformacionais.

Cultivar os 5 hábitos do coração

“Hábitos do coração” é uma frase cunhada por Alexis de Tocqueville e expandida por Parker Palmer como sendo “maneiras profundamente imaginativas de ver, ser e responder... Que envolvem nossas mentes, nossas emoções, nossa auto-imagem e conceitos de significado e propósito”. Os “hábitos do coração” são cinco “formas de ser” que reúnem as pessoas em conscientização e autenticidade. Incluem uma compreensão de que estamos todos juntos nisso, uma apreciação do valor da “alteridade,” uma capacidade para manter a tensão em formas pró-vida, um sentido de atividade e voz pessoais e uma capacidade de gerar comunidade³⁴. Os líderes da melhoria utilizam os “hábitos do coração” como guias para a autoconsciência. As equipes de melhoria refletem os modos pelos quais os Hábitos do Coração ecoam juntos em seu trabalho (por exemplo, a menos que adotemos um entendimento compartilhado de que estamos todos juntos nisso, corremos o risco de culpar ou envergonhar a nós mesmos ou aos outros; precisamos encontrar maneiras criativas de manter a tensão para testar novas ideias).

Fazer perguntas abertas e honestas

Parker Palmer também desenvolveu a prática de fazer perguntas abertas e honestas que extraem uma resposta mais completa, permitindo que várias pessoas contribuam, sem uma resposta pré-determinada em mente³⁵. As perguntas abertas deixam espaço para que outros compartilhem suas ideias (por exemplo, “O que aconteceu? Como aquilo fez você se sentir? O que você aprendeu?”). Ao fazer perguntas abertas e honestas, os líderes ouvem profundamente e procuram entender as respostas.

Praticar indagação apreciativa

A indagação apreciativa convida as pessoas a refletirem sobre e começar desde acontecimentos e experiências positivas do passado³⁶. Quando os líderes perguntam sobre o que já está funcionando, mesmo quando a mudança é necessária, eles demonstram curiosidade e mostram que eles valorizam a experiência daqueles envolvidos no trabalho, e alguns deles podem resistir à mudança. Por exemplo, “Conte-me sobre uma vez que você sentiu orgulho sobre o trabalho de melhoria da equipe”. A indagação apreciativa pode ser motivadora para líderes e equipes, ajudando-os a criar uma nova narrativa compartilhada por todos, mesmo que a mudança faça parte dela.

Praticar a se melhores ouvintes

Na prática de ouvir em profundidade, as pessoas se acalmam para receber e assimilar outra pessoa. A tecnologia está desconectada, os pensamentos são deixados de lado, oferece-se atenção e desperta-se a curiosidade. As pessoas ouvem para a compreensão, para as emoções por trás das palavras e para o compromisso (ou a falta dele) com o que está sendo expressado.

4. Distribuir o poder

Todas as pessoas exercem o poder em vários graus e possuem vieses e discriminações, tanto implícitos como explícitos. É fundamental ver e atuar sobre as formas como os vieses e o poder se combinam para gerar iniquidade nos níveis individuais, interpessoais e de sistema³⁷. Na



assistência à saúde, isto inclui a remoção das disparidades no acesso, na utilização, nos resultados em função de raça, sexo, idade, orientação sexual ou identidade de gênero, status socioeconômico, religião e outras características historicamente ligadas à discriminação ou à exclusão.³⁸

A partir desta perspectiva, os líderes precisam analisar os projetos de melhoria e perguntar em que medida as disparidades de poder são as causas subjacentes do problema. A distribuição desigual e injusta do poder é o resultado de escolhas de indivíduos e grupos em posições de poder, às custas daqueles que não estão no poder. O resultado são sistemas de opressão ou valores e hábitos culturais que dão suporte ao avanço de um grupo (por exemplo, pessoas brancas, homens, líderes seniores, médicos) através da opressão de outro grupo (por exemplo, pessoas de cor, mulheres, funcionários de último escalão, pacientes). Pessoas que se identificam com um grupo de poder experimentam os benefícios de um sistema projetado para seu avanço, enquanto que aqueles que estão fora do poder não o experimentam.

Para ativar a mobilização pessoal, essa realidade deve ser levada em conta não apenas para co-desenho, mas também para a distribuição do poder. O poder não é uma posição ou um cargo que uma pessoa ocupa em uma organização; não é uma coisa, qualidade ou traço distintivo. O poder é relacional; é produzido por um conjunto de relacionamentos interdependentes que podem ser modificados para alcançar-se uma meta específica. O poder é gerado a partir do como as pessoas oferecem suas habilidades, conhecimentos, experiência e capacidade de agir, individualmente e em conjunto, para alcançar um objetivo.

As quatro perguntas seguintes ilustram a interdependência e a natureza relacional do poder³⁹, e cada pergunta é ilustrada com um exemplo familiar atual.

- **Qual é a mudança que queremos (qual é o nosso interesse)?**

Exemplo: no projeto de melhoria da lista de verificação de segurança cirúrgica, qual é a mudança que o Dr. Rose quer? Ele quer reduzir os danos aos pacientes fazendo com que as equipes cirúrgicas utilizem a lista de verificação de segurança 100% do tempo.

- **Quem tem as habilidades para criar essa mudança?**

Exemplo: cirurgiões, anestesistas, enfermeiros/as cirúrgicos/as, técnicos/as cirúrgicos/as.

- **O que eles querem (qual é o interesse deles)?**

Exemplo: Os cirurgiões podem querer estar no comando ou podem se sentir impotentes ao avaliar a responsabilidade sobre o paciente, de alguma outra maneira. Enfermeiros/as e técnicos/as podem querer sentir-se capaz de falar em nome do paciente. Todos querem os melhores resultados possíveis para os pacientes.

- **Quais habilidades realizam nossa oferta de trabalho de melhoria que eles querem ou precisam?**

Exemplo: Dr. Rose e sua equipe de melhoria possuem habilidades que podem auxiliar a todas as partes a se concentrarem no objetivo comum: a habilidade de criar fóruns para desencadear a motivação intrínseca, co-desenhar a mudança orientada para as pessoas e co-desenhar em um relacionamento autêntico os melhores resultados possíveis para os pacientes.

Ao explorar os interesses das pessoas e convidá-las para expressar o que elas têm a ganhar e a perder, aqueles que buscam melhorar a assistência na saúde podem determinar estratégias para lidar com a dinâmica do poder e as fontes de resistência que oferecem barreiras para a melhoria. Neste exemplo, como na maioria dos contextos de melhoria, o Dr. Rose e sua equipe construíram aquilo que Ganz descreve como “poder com”, o que significa que eles se focalizaram em um interesse comum (ou seja, os melhores resultados possíveis para os pacientes) para distribuir o poder entre os grupos profissionais, combinando suas habilidades de novas maneiras.

Distribuir o poder:

As pessoas podem contribuir com suas habilidades exclusivas para provocar mudanças, quando o poder é compartilhado.

Mas nem todos os interesses de todos são atendidos o tempo todo; algumas pessoas experimentam (e resistem a) perdas reais com as mudanças. Por exemplo, alguns cirurgiões da organização do Dr. Rose inicialmente resistiram a uma perda percebida de controle devido à adoção da lista de verificação, reivindicando “poder sobre” as equipes cirúrgicas para manter o status quo. No entanto, essa dinâmica mudou à medida que as equipes cirúrgicas compartilhavam o poder, acionando cada vez mais funcionários a utilizarem a lista de verificação, criando nova pressão e influência sobre os cirurgiões inicialmente resistentes. Tal como sugere Everett Rogers, isto reflete como os esforços de melhoria, que constroem “poder com” outros, pode, com o tempo, afirmar-se sobre aqueles que oferecem resistência com o “poder sobre” — mudando fundamentalmente a relação de poder para adotar essa nova relação em ampla escala.

A distribuição de poder é uma maneira de construir poder (ou seja, a capacidade de alcançar um propósito compartilhado) e facilitar o atendimento em equipe. Por definição, **distribuir o poder** significa que muitas pessoas dentro de um sistema, através das fronteiras e níveis, trabalham juntas criando as condições para realizarem um propósito compartilhado, com cada pessoa desempenhando um papel necessário e interdependente no trabalho. Como observa Frederic Laloux em *Reinventing Organizations*, as pessoas podem manter diferentes níveis de poder posicional e, no entanto, trazem consigo a capacidade de contribuir para o objetivo comum. Por exemplo, um líder sênior contribui com a habilidade da autoridade decisória para comprometer recursos a um esforço de melhoria, enquanto a equipe da linha de frente contribui com o conhecimento sobre as melhorias testadas. Apesar das diferenças de autoridade posicional, ambos são necessários para o sucesso.

Em seu novo livro, *New Power*, Jeremy Hiemans e Henry Timms oferecem um comentário complementar sobre o poder, no qual colocam em contraste as velhas e as novas visões sobre o poder⁴⁰:

- **O poder antigo** funciona como uma moeda. É mantido por poucos. Uma vez obtido, é zelosamente guardado e os poderosos têm um estoque substancial para gastar. É fechado, inacessível, e de cima para baixo. Transfere e captura. O poder é uma posição ou algo que se exerce.
- **O novo poder** opera como uma corrente. É produzido por muitos, através de relacionamentos. É aberto, participativo e orientado pelos pares. Carrega e distribui. Como a água ou a eletricidade, o novo poder é mais forte quando surge através da coprodução, dotando as pessoas de um sentido de **mobilização pessoal**. O objetivo não é acumular poder, mas liberá-lo e canalizá-lo na direção desejada. Uma suposição comum é que todos nós temos o direito inalienável de participar e compartilhar o poder.

Similar à visão de Hiemans e Timms sobre o “novo poder”, a distribuição do poder permite que os testes de melhoria ocorram em vários lugares simultaneamente, com ciclos de feedback para informar sobre o esforço geral de melhoria. A distribuição de poder também ajuda as organizações a ampliarem as melhorias. Uma meta audaciosa pode ser dividida em projetos de melhoria

menores, em equipes cujos líderes desenvolvem equipes de líderes e assim por diante, oferecendo pontos de entrada para que as pessoas em toda a organização se envolvam em melhorias em todos os níveis, para que se alcance o objetivo geral. Esta forma de liderança colaborativa quando baseada em um objetivo compartilhado, simplificar as normas e tornar os papéis bem definidos, encorajando a estabilidade, a motivação, a adaptação e, acima de tudo, o exercício da **mobilização pessoal** de todos os envolvidos⁴¹.

Por exemplo, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra acionou a **mobilização pessoal** de outros para repartir a liderança em uma campanha nacional chamada *The Right Prescription* ("A receita correta"), com o objetivo de que "todas as 180.000 pessoas com demência, para as quais foram receitados medicamentos antipsicóticos, passarão por uma revisão médica para garantir que estejam recebendo tais medicamentos de forma adequada, que tenham sido consideradas alternativas para suas receitas, tomando-se uma decisão compartilhada em março de 2013". A *Right Prescription* convidou todos os grupos de partes interessadas para co-desenhar ações, incluindo pessoas com demência e suas famílias, líderes de casas de assistência, médicos generalistas e equipes de primeiros socorros, equipes de psiquiatra e saúde mental, farmacêuticos, médicos hospitalares, delegados de saúde e serviços de assistência social, diretores médicos e de enfermagem de agudos e fundações sem fins lucrativos. Cada grupo, então, fez seu próprio compromisso com o esforço. Por exemplo, os farmacêuticos prometeram: "Comprometo-me a rever as pessoas sob meus cuidados para identificar aqueles que têm medicação antipsicótica receitada e trabalhar em parceria com a minha equipe de prescrição e outros colegas de saúde para rever cada indivíduo". Com um foco na distribuição de poder, 120 sistemas hospitalares, 5.000 médicos generalistas, 25.000 enfermeiros/as e 40.000 farmacêuticos/as, em conjunto, geraram uma redução de 51 % nas receitas de antipsicóticos para pessoas que vivem com demência em menos de três anos⁴².

No entanto, é importante notar, como no caso de *The Right Prescription*, que a distribuição do poder exige investimento na construção de relacionamentos, desenvolvimento e *coaching*, em cascata ao longo de um esforço de melhoria, à medida que os líderes da linha de frente aprendam a estruturar o trabalho eles mesmos. Além disso, a distribuição de poder é apenas uma forma de estruturar o poder. Às vezes, outras estruturas são necessárias para promover uma meta de melhoria, como consolidar o poder nas mãos de poucos a fim de mudar uma dinâmica que serve como barreira. Por exemplo, quando um líder sênior não aloca recursos para um esforço de melhoria, a maneira mais eficaz de estruturar o poder pode não ser distribuí-lo, mas triangular e direcionar outras fontes de influência com esse líder, com base em seus interesses. O passo crítico é desenvolver estratégias para alterar a natureza relacional do poder.

Como distribuir o poder

Embora existam muitas ferramentas nesse domínio, quatro métodos criam condições fundamentais para distribuir o poder.

Criar um objetivo compartilhado

Um objetivo compartilhado aborda o desafio que surge quando membros de esforços de melhoria estão acostumados a exercer diferentes tipos de poder e recursos. Um objetivo compartilhado sugere que todos os parceiros são iguais, definindo o trabalho coletivo do grupo, e não o de um indivíduo. Embora relacionado à condução de uma iniciativa de melhoria através de delimitar um caso para a mudança e o desenvolvimento de um objetivo, o propósito compartilhado estabelece um escopo de atividade em torno do qual os membros da equipe podem estar de acordo⁴³. Padrões

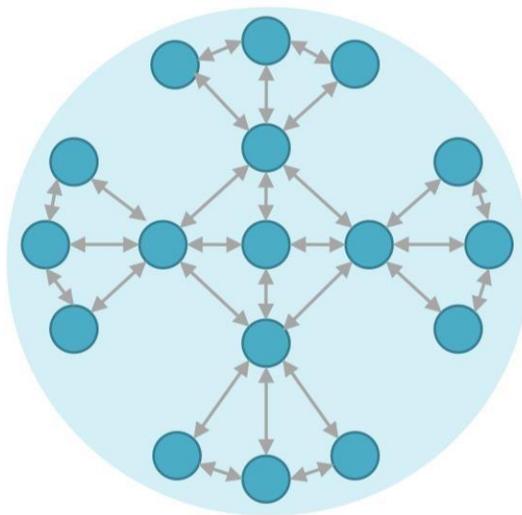
negativos pré-existentes em relacionamentos intergrupais também podem ser superados, através da criação de propósitos superordenados e valorizados de forma mútua⁴⁴.

Identificar um objetivo compartilhado também aborda outro desafio em um contexto de melhoria: líderes da melhoria com frequência têm uma autoridade tênue para influenciar os demais, porque muitos projetos de melhoria são interprofissionais e abrangem estruturas de prestação de contas. Redes informais e relações pessoais são frequentemente mais importantes no avanço dos esforços de melhoria⁴⁵. Um objetivo compartilhado, criado de forma coletiva, também ajuda os membros da equipe a manterem um compromisso público com o trabalho.

Desenvolver uma estrutura de liderança com perfis claros e trabalho interdependente.

Em vez de se utilizar uma liderança de cima para baixo, desenvolver uma estrutura de equipe de melhoria que opere com o princípio de que nenhuma pessoa ou subconjunto de pessoas deterá todo o poder e responsabilidade. Trabalhar juntos para desenvolver uma estrutura de liderança distribuída, na qual a responsabilidade é compartilhada entre todos os membros da equipe (ver Figura 4). Por exemplo, tríades nas quais um médico, um(a) enfermeiro(a) e um(a) administrador(a) compartilham a liderança de um grupo e desenvolvem fortes estruturas de compromisso para abordar desafios específicos, cada um liderado por integrantes das partes interessadas afetadas, os quais distribuirão o poder e, ao mesmo tempo, conquistarão os corações e as mentes daqueles que forem necessários para que a melhoria ocorra.

Figura 4. Estrutura de liderança distribuída



As equipes devem adaptar este modelo para ajudar as pessoas a verem a si mesmas como distribuidoras de poder em relação umas às outras. No trabalho interdependente, o sucesso ou o fracasso de alguém afeta a todos. Todos compartilham o trabalho com base nas habilidades e ativos exclusivos que ele ou ela traz a ele, entendendo que cada parte é necessária para alcançar o objetivo compartilhado. Esclarecer os papéis através da estrutura da liderança distribuída é fundamental para gerenciar a interdependência e coordenar o trabalho. Mesmo em configurações hierárquicas, os líderes podem usar essa estrutura para criar um "sistema operacional dual", ágil para Distribuir o poder e ativar a mobilização pessoal.⁴⁶

Estabelecer acordos de trabalho explícitos

Todos os membros das equipes de melhoria fazem escolhas que definem o tom e criam as condições para que outros exerçam, ou não, sua coragem e poder. As pessoas enviam, implícita e explicitamente, pistas sobre quais tipos de comportamento são aceitáveis e inaceitáveis. Os líderes da melhoria têm uma responsabilidade para modelar a coragem e criar segurança para que outros exerçam o poder e escolham a melhoria acima do status quo.

Para fazer isso, tome um tempo para estabelecer acordos de trabalho, ou normas, para que a equipe da melhoria decida como comportar-se em conjunto para alcançar seu objetivo compartilhado. Os acordos de trabalho também devem permitir consciência sobre a dinâmica do poder que a equipe cria como grupo. Para distribuir o poder, estabelecer normas tais como ceder poder de tomada de decisões à equipe e determinar um processo de tomada de decisão adequado. Como uma norma de comunicação, estimule a participação dos membros da equipe que tendem a se retrair, e peça àqueles que tendem a falar primeiro ou dominar a conversa que deem um passo atrás. Convide a equipe para criar agendas em conjunto, facilitar em grupo as reuniões, colaborar em grupo, mudar de lugar de sentar-se ou de espaço em que se encontra e rotar os papéis de reuniões da equipe. Incorporar a mentoria reversa, intercambiando entre aqueles com a menor autoridade posicional de mentoria com aqueles com maior.

Parker Palmer também encoraja a adoção de “Critérios para a criação de espaços seguros,” tais como escolher para si mesmo o quando e o como participar, criar um espaço para silêncio e reflexão, aceitar a diferença, passar a admirar (em vez de julgar), fazer perguntas abertas e honestas e manter a confidencialidade⁴⁷. Normas como essas geram segurança psicológica, ou um “clima no qual as pessoas se sentem confortáveis em ser elas mesmas (e expressar-se)”, o que é fundamental para a melhoria e o aprendizado⁴⁸.

Para que os acordos de trabalho sejam eficazes na distribuição de poder que oriente os comportamentos, as equipes da melhoria podem criar, em conjunto, um mecanismo de responsabilização positiva sobre o que ocorre no grupo se alguém não respeita as normas⁴⁹. Embora possa soar contra-intuitivo, esta prática energiza um esforço de melhoria, porque quando as pessoas demonstram positivamente a responsabilidade para poderem funcionar mais eficientemente, elas estão mais comprometidas em participar do trabalho de uma forma psicologicamente favorável.

Comemorar quando as pessoas cedem poder

Para muitas pessoas, especialmente aquelas que estão em posições tradicionais de autoridade, a mudança de comportamento para ceder poder pode ser difícil; vai contra aquilo com o qual foram treinadas e com o qual trabalharam todo o tempo. Quando as pessoas com autoridade posicional dizem “conte-me mais sobre isso” em vez de, “gostaria de conversar com você depois da reunião”, valorize-as. Quando pessoas com autoridade posicional mostram vulnerabilidade, ou perguntam sobre um feedback do seu desempenho, agradeça-as. Quando a equipe toma uma decisão em conjunto, observe-a como uma realização bem-sucedida do grupo. Quando um membro da equipe pedir a um membro menos aberto para compartilhar suas ideias, pare para agradecer a ambos. Apreciar as pessoas por distribuir o poder estimula que isso ocorra mais vezes.

Adaptar
em ação

5. Adaptar em ação

Muitos cuidados a saúde experimentam os métodos da melhoria da qualidade como motivacionais. A **ação** demonstra a coragem das pessoas e, para elas, é um exercício de poder. Isto pode gerar um mecanismo de reforço que ativa a **mobilização pessoal** das pessoas em um círculo virtuoso — ação gera ação. O IHI estimula os que produzem melhorias a agirem através de perguntas; “O que podemos fazer na próxima terça?”. O ciclo planejar-fazer-estudar-agir (Plan-Do-Study-Act, PDSA) é uma oportunidade para testar, aprender e desenvolver-se de forma adaptativa — é aceitável cometer erros, e é fundamental analisá-los e aprender deles. Os dados fornecem pistas que revelam pontos luminosos que podem ser compartilhados, ou tendências e padrões para abordar. Comparar o desempenho entre equipes, unidades e organizações pode ser motivacional, de modo intrínseco, para o orgulho no trabalho. As variações proporcionam, às pessoas, energia para modificar comportamentos. Fazer o seguimento das taxas de melhoria durante certos períodos pode ser transformado em urgência para agir.

Quando daqueles que aperfeiçoam a qualidade passam a escalar e a sustentar o impacto, o nome do jogo é **adaptar**. Não existem dados que sugiram que uma “inovação perfeita” apareça por si mesma. Da mesma forma, aqueles que aperfeiçoam devem evitar cair na “armadilha da repetição” — ou seja, a crença de que podem alcançar o mesmo resultado de forma ampla, simplesmente fazendo exatamente a mesma coisa⁵⁰. A **mobilização pessoal** das pessoas em adotar e adaptar deve ser ativada. Portanto, é essencial entender quais aspectos de uma melhoria são essenciais e não negociáveis e devem ser mantidos com rigor. É igualmente importante manter todo o restante de forma livre, para ativar a **mobilização pessoal** de outros líderes, equipes, unidades e organizações da melhoria para que a mudança seja adaptada.

Como quem aperfeiçoa trabalha em conjunto para adaptar mudanças em novos contextos, isso leva a experiências intrinsecamente motivacionais de autonomia, crescimento e comunidade. A aprendizagem ocorre na medida em que eles fizerem pequenos e grandes (internos e externos) ajustes por meio de ciclos de PDSA, em função do objetivo de um esforço de melhoria, da capacidade da sua equipe e de seu próprio crescimento. À medida que as pessoas fazem escolhas sobre como testar e melhorar em ação, elas experimentam sentimentos de autonomia e domínio crescente. E como agem em conjunto com outros, experimentam um sentimento de que não estão sozinhas⁵¹. Em outras palavras, a adaptação em ação pode gerar um crescente compromisso com a melhoria da qualidade.

A “Campanha 100.000 Vidas”, do IHI, exemplifica esta lição. Nessa campanha, milhares de líderes da melhoria, em mais de 4.000 hospitais através dos EUA, implementaram seis melhorias centrais para reduzir lesões e mortes em um período de 18 meses, resultando em mais de 100.000 vidas salvas⁵². A equipe IHI poderia ter optado pela abordagem de dizer, aos líderes de melhoria, sobre como demonstrar fidelidade; em vez disso, distribuíram poder para aqueles que implementavam as melhorias, fornecendo treinamento e apoio a escritórios regionais em todo o país; o que, por sua vez, forneceu treinamento e apoio aos hospitais participantes em suas regiões. Porque? Porque foi assim que ocorreu a ação: o aprendizado e os avanços ocorreram no ponto de atendimento. Nesse ponto máximo, a rede de mentores do hospital da campanha consistia de mais de 200 hospitais participantes de quase todos os 50 estados, de grandes centros médicos acadêmicos urbanos a hospitais comunitários de porte médio e a pequenos hospitais rurais. Os hospitais mentores realizaram, horas de trabalho como ligações trimestrais para os participantes da campanha, compartilhando fracassos (e sucessos) com transparência. Embora os participantes tenham valorizado os especialistas do corpo docente pelas ligações, a maioria das perguntas foi direcionada aos hospitais de mentoria, uma vez que eram colegas de ponto de atendimento que enfrentavam

desafios semelhantes. A influência destes era imensa; mostravam, às pessoas, credibilidade e como adaptar-se à ação⁵³.

Os líderes da melhoria podem criar condições para que a adaptação seja motivacional para os envolvidos na ação. Como? Primeiro, podem identificar formulações adaptativas do problema e da solução — um reconhecimento básico de que as pessoas precisam adaptar as mudanças de alguma forma⁵⁴. Depois, podem incorporar princípios de desenho de ações motivacionais (consulte a seção “Liberar motivação intrínseca”), dando ênfase em que todos os sucessos e falhas são importantes, e que há algo para que todos os membros da equipe aprendam⁵⁵. Mais importante ainda, os líderes podem minimizar o peso do julgamento e a pressão para obter um resultado, mudando o foco para a aprendizagem do caminho em direção ao objetivo. A aprendizagem é o resultado, permitindo que as equipes se adaptem para alcançar o objetivo⁵⁶. As pessoas raramente conseguem aprender tudo o que precisam para ter sucesso, até começarem a fazê-lo — a compreensão é procedente da ação, em vez de precedê-la⁵⁷.

Por exemplo, retornando ao exemplo do Dr. Rose, à medida que as equipes cirúrgicas adotaram a lista de verificação de segurança cirúrgica, elas relataram e compartilharam discussões de casos em todo o departamento. Ao fazê-lo, compartilharam histórias de erros e sucessos, melhoraram suas estratégias para lidar com cada falha no futuro. Adaptaram a lista de verificação através de testes PDSA em pequena escala— e então reduziram as variações através da repadronização de suas melhorias. Eles viram como o uso da lista de verificação e o método de debrief levaram à conquista de seu objetivo comum de segurança do paciente e dos melhores resultados possíveis. Ao longo do caminho, aprenderam a confiar uns nos outros, construindo capacidade de colaboração enquanto compartilhavam sem culpa as histórias de fracasso, e comemoravam histórias de sucesso com alegria. E como distribuíam a liderança entre profissões e compartilhavam a propriedade do trabalho, descobriram motivação para empreender novos esforços de melhoria, aumentando o comprometimento das pessoas ao longo de “uma escalada de envolvimento”⁵⁸.

Quando as pessoas veem seus esforços contribuindo para avançar em direção ao objetivo, independentemente de quão bem-sucedidos forem, é mais provável que queiram participar de forma plena. Compartilham o domínio, o que, por sua vez, gera motivação e um senso de comprometimento que facilita a responsabilidade pela melhoria⁵⁹.

A responsabilidade também deve ocorrer no nível de disposição das pessoas em aprender com o impacto de seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, para mudarem e se adaptarem. O professor e teórico da Harvard Business School, Chris Argyris, sugere que o aprendizado não é uma resolução de problemas que ocorrem, somente pela correção de erros externos no ambiente. “Existe uma tendência humana universal em projetar as próprias ações para permanecer no controle, para maximizar as “conquistas”, para eliminar os sentimentos negativos, e permanecer o mais “racional” possível — pelo qual as pessoas definem objetivos claros e avaliam seu comportamento, em termos de se os alcançaram ou não”⁶⁰. Continuando, diz que “Se a aprendizagem deve persistir, as pessoas devem olhar para dentro. Precisam refletir criticamente sobre seu próprio comportamento, identificar as maneiras pelas quais muitas vezes inadvertidamente contribuem para os problemas da organização e mudar a maneira como agem”⁶¹. Argyris observa que, sem autoconsciência e reflexão, pessoas que são entusiastas da melhoria contínua podem ser grandes obstáculos para que esta ocorra.

Argyris afirma que “No momento em que a busca pela melhoria contínua se volta para o desempenho do próprio renovador, algo [vai] mal... Os profissionais... se sentem [ameaçados] pela perspectiva de examinar criticamente seu próprio papel... Longe de ser um catalisador de mudança, esses sentimentos fazem com que a maioria reaja de forma defensiva... A aprendizagem

defensiva pode bloquear a aprendizagem, mesmo quando o compromisso com ela é alto”⁶². É por isso que é fundamental para os líderes de melhoria não apenas resolverem os problemas de implementação à medida que se adaptam à ação, mas que desenvolvam uma compreensão e consciência muito mais profunda e mais complexa de seu próprio pensamento, sentimento e comportamento - sua própria psicologia - para mudar e adaptar-se, individualmente e em conjunto.

Como adaptar-se em ação

As ferramentas para adaptar-se em ação recorrem a métodos para aprendizagem adaptativa contínua e podem ser utilizadas para apoiar líderes e equipes da melhoria na adaptação dos métodos dos outros quatro domínios da Psicologia da Mudança do IHI.

Treinar e ser treinado

O *coaching* é a ação (e a arte) de ativar a mobilização pessoal para que alcancem objetivos, diante das incertezas. É uma intervenção direta no processo de trabalho de uma pessoa ou equipe, para ajudá-los a melhorar sua eficácia ou superar desafios. Ocorre em um processo de cinco etapas: 1) observar e recolher dados; 2) diagnosticar desafios motivacionais, conceituais e práticos; 3) intervir com perguntas abertas e honestas, que permitam que as pessoas resolvam seus próprios problemas; 4) estabelecer passos de ações; e 5) fazer acompanhamento com apoio. Os líderes da melhoria podem estabelecer normas e edificar capacidades das pessoas para que deem e recebam *coaching* para avançar na melhoria.

Adote uma mentalidade de crescimento

Este é um conceito popular em psicologia e gestão de mudanças. A psicóloga Carol Dweck descreve a "mentalidade de crescimento" de alguns alunos, onde o comportamento de algumas pessoas indica crença de que a inteligência ou as capacidades são fixas, enquanto que o comportamento de outras pessoas indica crença de que a inteligência ou as capacidades podem se desenvolver ao longo do tempo. Dweck mostra que os resultados são melhorados quando o esforço e o processo são elogiados e recompensados - em contraste com o elogio à realização⁶³. Concentrar-se no esforço e no processo requer uma mudança de paradigma, desde uma mentalidade de conquista para uma mentalidade de crescimento.

Falhar para Frente

Nesta abordagem, os erros são assumidos como um passo necessário para a melhoria, e aprender dos erros é um objetivo declarado e intencional. Cada tentativa fornece mais dados para melhorar um processo ou abordagem. As equipes devem aprender com as falhas, utilizando um exercício simplificado de “falhar para frente” que cultiva mentalidades de resiliência, adaptação positiva em uma situação estressante ou adversa; e determinação, perseverança e paixão por metas de longo prazo ⁶⁴. O exercício ajuda as pessoas a superarem os medos exagerados, identificando o erro, a probabilidade de que ocorra, o quão severo seria se ocorresse e as estratégias de mitigação que poderiam ser postas em prática. A abordagem explícita do medo ao fracasso permite que os membros da equipe da melhoria vejam seus medos com clareza e voltem a se concentrar nas experiências, permitindo os erros e ajudando-se uns aos outros a aprenderem juntos.

Assuma o emergente

O Modelo para a Melhoria pergunta: “Como saberemos que uma mudança é uma melhoria?” Todo projeto de melhoria precisa de um sistema para acompanhar o progresso e avaliar esforços específicos. A aprendizagem em situações emergentes fornece uma disciplina para compreender a aprendizagem que surge do próprio trabalho. As ferramentas e práticas suportam o surgimento, a captura e o emprego dessas ideias e o aprendizado para informar melhorias futuras, ajudando a treinar nosso processo de raciocínio para que tomemos decisões e ajamos com base em hipóteses mais profundas e robustas sobre aquilo que será necessário para alcançarmos o futuro que aspiramos⁶⁵.

O mais fundamental dessas práticas são as revisões antes e depois da ação (*Before-and-After-Action Reviews*), desenvolvidas e utilizadas pelas forças armadas dos EUA⁶⁶. Nesse modelo de revisão, uma equipe debate sobre o resultado pretendido e sobre como reconhecerá o sucesso, identificará os desafios previstos e extrairá *insights* de experiências passadas, desenvolvendo um plano para alcançar o resultado diante desses desafios previstos. As equipes utilizam esta ferramenta durante a fase de “Planejamento” de quaisquer PDSA. Depois, durante a fase de “Estudo”, a equipe pode realizar uma revisão após a ação, comparando o que se pretendia com aquilo que em realidade ocorreu, refletindo-se sobre aquilo que provocou os resultados, identificando quais elementos apoiar e quais melhorar para a próxima PDSA.

Medição e Indicadores de Mensuração

Como as equipes e organizações podem saber se o quadro da Psicologia da Mudança do IHI está tendo o impacto desejado nos esforços de melhoria? Um sistema de medições da psicologia da mudança deve focar-se no efeito do quadro para alcançar dos objetivos da atividade específica de melhoria. Dada a variedade das iniciativas de melhoria, não existe uma medição simples do efeito do Quadro da Psicologia da Mudança do IHI. Em vez disso, cada iniciativa ou projeto de melhoria terá suas próprias mensurações do processo e do resultado. Em comparação com locais que não têm experiência com o quadro, os locais que possuem essa experiência devem obter melhorias mais amplas, mais rápidas ou mais sustentadas nos resultados e nos processos desejados a partir das iniciativas.

Líderes de melhoria da qualidade podem aplicar as práticas de todos os cinco domínios do Quadro da Psicologia da Mudança da IHI no processo de determinação de medições, coleta e análise de dados.

Por exemplo, uma iniciativa de melhoria sobre eventos adversos com drogas pode incluir as principais medidas de resultado (por exemplo, eventos adversos do fármaco) e a taxa de disseminação dos processos específicos (por exemplo, o número das unidades de cuidados utilizando informes da unidade para identificar questões de segurança na medicação). Além disso, líderes de melhoria da qualidade podem avaliar a eficácia do Quadro de Psicologia da Mudança do IHI através de uma série de medições de atividade potencial (ou seja, número de treinamentos mantidos, número de indivíduos que participam do trabalho de melhoria e o número de líderes principais envolvidos). Um incremento na **mobilização pessoal** através de uma equipe de melhoria também pode ser medido, por exemplo, à medida que os membros da equipe relataram diária ou semanalmente a porcentagem de seus membros que respondam “concordo” ou “discordo totalmente” com a declaração “sinto-me capaz de contribuir com meu conhecimento e habilidades para promover o propósito compartilhado da nossa equipe”. Ao acompanhar essa porcentagem ao longo do tempo, os líderes podem perceber se a **mobilização pessoal** dos membros da equipe melhorou ou não. Em última análise, além dos objetivos e medidas relacionados à melhoria, os líderes da melhoria devem ver os resultados ao nível do sistema em consistência com os comportamentos que as pessoas estão adotando: maior adoção de metodologias de melhoria em todo o sistema, maior segurança psicológica e menor desgaste e rotatividade de pessoal.

Além dessas medições no âmbito sistêmico da eficácia do Quadro da Psicologia da Mudança do IHI, as organizações podem utilizar medições no nível individual sobre a eficácia do quadro. Medições de processo e de balanceamento, conforme aplicável, podem indicar aspectos como se aqueles envolvidos na experiência da melhoria do trabalho aumentaram seu bem-estar e sua satisfação; aumento do empenho e da participação voluntária (ou menor desgaste ao longo do tempo); e maior retenção e desejo de participar em futuros trabalhos de melhoria. Avaliações baseadas em escala de Likert sobre os envolvidos no trabalho de melhoria podem permitir avaliações autorrelatadas sobre a motivação intrínseca das pessoas em participar (por exemplo: qual é o nível da sua motivação para participar deste projeto?); sentimentos ao envolver-se em projetos e implementações (por exemplo: o quanto você está envolvido no projeto desta iniciativa?); sentido de participação e melhora da qualidade de relacionamentos (por exemplo: o quanto você sente que é parte de alguma coisa?); percepções de como as pessoas da equipe se sentem valorizadas (por exemplo: o quanto você se sente valorizado/a?); e resiliência para se adaptar e vontade de aprender (por exemplo: o quanto você está preparado para adaptar-se, caso necessário?).

Equipes de melhoria da qualidade devem determinar definições operacionais para esses conceitos e medidas associadas baseadas nas práticas empregadas para avançar na psicologia da mudança, bem como outros fatores contextuais. As avaliações quantitativas podem usar uma escala de medida de tipo Likert e os métodos qualitativos podem incluir a coleta de histórias, dados observacionais e feedback. Modelos lógicos específicos de melhoria podem subdividir essas medições em curto, médio e longo prazo.

Além disso, a estratificação e o subagrupamento racional (por unidade, departamento, disciplina e outros fatores demográficos, como raça e etnia) são úteis. Explorando diferentes unidades ou grupos de funcionários ou pacientes, as organizações podem identificar as pessoas que podem ativar outras pessoas, bem como as que devem ser identificadas primeiro para envolvimento nos esforços de melhoria. A estratificação de dados e o subagrupamento racional devem ser determinados pela equipe de aperfeiçoamento e pelos especialistas no assunto, e as equipes devem coletar apenas os dados que usarão.

Os líderes da melhoria podem aplicar as práticas de todos os cinco domínios do Quadro da Psicologia da Mudança do IHI no processo de determinação de medidas, coleta e análise de dados. Por exemplo, faça medições orientadas pelas pessoas, por meio de medidas co-projetadas com as pessoas afetadas pelas mudanças, co-desenhando métricas que sejam importantes para elas. Identifique e compartilhe vieses entre os membros da equipe, antes de estabelecer medidas e analisar dados. Para distribuir o poder, torne os dados transparentes. Somente colete e rastreie dados que serão utilizados para a aprendizagem. Estimule as pessoas a medir conectando as medições às suas motivações intrínsecas, para aprendizado e melhoria, individualmente e em conjunto. Faça das medições uma diversão, incorporando brincadeiras e comemorações, ao mesmo tempo em que se deixa claro o que vai ocorrer depois, à medida que ocorrem adaptações na estratégia de medição. Use os dados ao longo do tempo para contar a história da melhoria anotando os principais eventos, as alterações testadas e outras informações relevantes que adicionem contexto aos dados. Compartilhe histórias qualitativas para conectar os dados à experiência vivida pelas pessoas.

Por último, embora os esforços de melhoria da qualidade descritos neste documento são exemplos de sucesso dos métodos e ferramentas aplicados por meio do Quadro da Psicologia da Mudança do IHI, nenhum esforço até o momento avaliou todo o quadro, tal como apresentado. O teste intencional é necessário para entender a eficácia do quadro e fornecer uma base de evidências para uma adoção e uma sustentabilidade melhoradas. O IHI convida para um feedback sobre as

experiências das organizações com o quadro, as ferramentas e a medição, a fim de identificar os pontos claros, os erros que ocorrerão, e melhorar juntos.

Conclusão

Não é simples nem exato liderar o trabalho de melhoria, ainda que, através da quarta e muitas vezes esquecida lente da psicologia de W. Edwards Deming, possa-se torná-lo mais fácil. Algumas melhorias podem ser introduzidas utilizando-se somente métodos técnicos, sem exigir mudanças no comportamento ou na cultura. No entanto, para atingir um nível mais alto de desempenho e confiabilidade, as equipes de melhoria e as organizações da assistência à saúde vão necessitar criar condições para que as pessoas avancem e sustentem a melhoria. O Quadro da Psicologia da Mudança do IHI apresenta um foco renovado sobre o lado humano da mudança, para aumentar a probabilidade de que os esforços da melhoria sejam bem-sucedidos.

Com base em pesquisas, métodos e exemplos existentes, e com foco sobre os primeiros adeptos de Everett Rogers e na maioria das categorias iniciais, o Quadro da Psicologia da Mudança do IHI proporciona cinco domínios inter-relacionados de prática para ajudar os líderes da melhoria da qualidade a estimularem as pessoas a escolherem, conscientemente e com objetivos, a melhorarem os processos e sistemas de assistência à saúde nos quais fornecem e recebem os cuidados.

É importante entender que os cinco domínios do quadro do IHI são impulsionados pelo compromisso, e não baseados em conformidade. A coragem é o recurso emocional que permite que as pessoas ativem seu poder, ou capacidade, para fechar a lacuna do “saber-fazer”. Considerando que uma mentalidade “eu devo” perde em escolha e gera sentimento de impotência, uma mentalidade “eu escolho o que” exercita o poder inerente na escolha⁶⁷. Cultivar a **mobilização pessoal** das pessoas incrementa a alegria, a satisfação no trabalho e a saúde. Isso edifica a capacidade que funciona como um recurso contínuo para abordar outros desafios de melhoria adaptativa.

O Quadro da Psicologia da Mudança do IHI desafia uma abordagem tradicional da melhoria da qualidade, na qual especialistas técnicos implementam novas ideias com base em sua especialização e perspectiva. Esta abordagem tem sido cômoda e familiar aos líderes da assistência à saúde e médicos/as durante gerações; quase todos os líderes são treinados e recompensados por serem “líderes com autoridade” em seu contexto. Os autores do manual valorizam o importante histórico desta abordagem técnica nos cuidados à saúde e não subestimam a dificuldade de mudar a mentalidade e os comportamentos próprios e dos outros, para incrementar a adoção de melhorias de qualidade de forma sustentável e em escala.

Criar o ambiente em que mentalidades e comportamentos possam evoluir, para que todo o potencial de cada membro da equipe seja aplicado a um determinado trabalho, é um objetivo que qualquer líder almejaria. Fazer isso de modo efetivo requer uma observância do objetivo central deste trabalho: acionar a **mobilização pessoal** das pessoas. Dentro de cada um de nós, e entre todos nós, estão os elementos necessários para tornar melhores os nossos sistemas. Focalizar nos valores que existem nas pessoas, chegar ao cerne da coragem e do poder, apresenta uma oportunidade de mudar a maneira como as coisas sempre foram feitas. É hora de a comunidade de melhoria da qualidade concentrar a atenção no maior patrimônio de cada organização: as pessoas.

Referências

- ¹ Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. [Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: How will we ever keep up?](#) *PLoS Medicine*. 2010;7(9).
- ² Rogers E. *Diffusion of Innovations*. 5ta edição. Simon and Schuster; 2003.
- ³ Deming WE. *The New Economics for Industry, Government, Education*. 3ra edição. The MIT Press; 2018.
- ⁴ Heifetz R, Grashow A, Linsky M. Diagnose the adaptive challenge: Understanding the human dimensions of change. Em: *The Practice of Adaptive Leadership: Tools and Tactics for Changing Your Organization and the World*. Harvard Business Press; 2009.
- ⁵ Heifetz R, Laurie D. [The work of leadership](#). *Harvard Business Review*. Dezembro de 2001.
- ⁶ Kanter RM. [Ten reasons people resist change](#). *Harvard Business Review*. Setembro de 2012.
- ⁷ Ganz M. [How to organize to win](#). *The Nation*. 16 de março de 2018.
- ⁸ Ganz M. Public narrative, collective action, and power. Em: Odugbemi S, Lee T (eds). *Accountability Through Public Opinion: From Inertia to Public Action*. The World Bank; 2011:273-289.
- ⁹ Francis S. *The Courage Way*. Berrett-Koehler Publishers; 2018.
- ¹⁰ Bandura A. Self-efficacy. Em: Friedman H (ed). *Encyclopedia of Mental Health*. Academic Press; 1998.
- ¹¹ Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. WH Freeman; 1997.
- ¹² Bandura A. A social cognitive theory of personality. Em: Pervin LA, John OP (eds). *Handbook of Personality: Theory and Research*. Guilford Publications; 1999:154-196.
- ¹³ McCannon J, Margiotta B, Zier Alyesh A. [Unleashing large-scale change](#). *Stanford Social Innovation Review*. 16 de junho de 2017.
- ¹⁴ Ryan R, Deci E. [Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions](#). *Contemporary Educational Psychology*. Janeiro de 2000;25(1):54-67.
- ¹⁵ Deming WE. *The New Economics for Industry, Government, Education*. 3ra edição. The MIT Press; 2018.
- ¹⁶ Hackman R, Oldham G. [Motivation through the design of work: Test of a theory](#). *Organizational Behavior and Human Performance*. 1976;16(2):250-279.
- ¹⁷ Barry MJ, Edgman-Levitan S. [Shared decision making – pinnacle of patient-centered care](#). *New England Journal of Medicine*. 1 de março de 2012;366(9):780-781.
- ¹⁸ Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. [IHI Framework for Improving Joy in Work](#). Livro Branco do IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2017.

- ¹⁹ Ganz M. [What Is Public Narrative: Self, Us & Now \(Public Narrative Worksheet\)](#). Harvard University; 2009.
- ²⁰ Hilton K. [How to Make Change Happen](#).” Institute for Healthcare Improvement Blog. 30 de abril de 2018.
- ²¹ Ganz M. [What Is Public Narrative: Self, Us & Now \(Public Narrative Worksheet\)](#). Harvard University; 2009.
- ²² Hackman R, Oldham G. [Motivation through the design of work: Test of a theory](#). *Organizational Behavior and Human Performance*. 1976;16(2):250-279.
- ²³ Brown S. *Play: How It Shapes the Brain, Opens the Imagination and Invigorates the Soul*. Penguin Group; 2009.
- ²⁴ O [Model for Improvement](#), desenvolvido por Associates in Process Improvement, é uma simples e também poderosa ferramenta para acelerar a melhoria.
- ²⁵ [A Patient Directs His Own Care](#).” Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- ²⁶ Shinkman R. [Is “empowered dialysis” the key to better outcomes?](#) *NEJM Catalyst*. 15 de março de 2018.
- ²⁷ Stephens L, Ryan-Collins, J, Boyle D. *Co-Production: A Manifesto for Growing the Core Economy*. New Economics Foundation; 2008.
- ²⁸ Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. [Coproduct of healthcare service](#). *BMJ Quality and Safety*. 2016;25(7):509-517.
- ²⁹ Hilton K, Wageman R. Leadership in volunteer multistakeholder groups tackling complex problems. Em: Peus C, Braun S, Schyns B (eds). *Leadership Lessons from Compelling Contexts (Monographs in Leadership and Management)*. Emerald Group Publishing Limited; 2016.
- ³⁰ McKay S. [Organizing for Transformational Change](#).” Carnegie Common Blog. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 2 de maio de 2016.
- ³¹ Han H. [An innovative community organizing campaign to improve mental health and wellbeing among Pacific Island youth in South Auckland, New Zealand](#). *Australasian Psychiatry*. Dezembro de 2015;23(6):670-674.
- ³² Rose M, Rose K. [Use of a surgical debriefing checklist to achieve higher value health care](#). *American Journal of Medical Quality*. 2018;33(5):514-522.
- ³³ Ganz M. *Organizing: People, Power, Change*. Harvard University; 2014.
- ³⁴ Palmer P. Five Habits of the Heart that help make democracy possible. Em: Palmer P. *Healing the Heart of Democracy: The Courage to Create a Politics Worthy of Human Spirit*. Jossey-Bass; 2011.
- ³⁵ Palmer P. *A Hidden Wholeness*. John Wiley and Sons; 2004.

- ³⁶ Cooperrider DL. [A time for action: Appreciative inquiry, peacebuilding, and the making of a Nobel nomination](#). International Journal of Appreciative Inquiry. Fevereiro de 2018.
- ³⁷ Southern Jamaica Plain Health Center. “[Liberation in the Exam Room: Racial Justice and Equity in Healthcare](#)”. Institute for Healthcare Improvement; 2018.
- ³⁸ Wyatt R, Laderman, M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. [Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations](#). Livro branco do IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016.
- ³⁹ Ganz M. *Leadership, Organizing and Action: Leading Change*. Harvard Kennedy School; 2015.
- ⁴⁰ Heimans J, Timms H. *New Power: How Power Works in Our Hyperconnected World — and How to Make It Work for You*. Doubleday; 2018.
- ⁴¹ Hilton K. “Leadership and Organizing for Change.” Programa virtual do Institute for Healthcare Improvement.
- ⁴² Boyd A, Burnes B, Clark E, Nelson A. [Mobilising and Organizing for Large-Scale Change in Healthcare](#). NHS Improving Quality; junho de 2013.
- ⁴³ Nayar V. [A shared purpose drives collaboration](#). *Harvard Business Review*. 2 de abril de 2014.
- ⁴⁴ Montoya RM, Pinter B. [A model for understanding positive intergroup relations using the in-group-favoring norm](#). *Journal of Societal Issues*. 2016;72(3):584-600.
- ⁴⁵ Battilana J, Casciaro T. [The network secrets of great change agents](#). *Harvard Business Review*. Julho-agosto de 2013.
- ⁴⁶ Kotter JP. [Accelerate!](#) *Harvard Business Review*. Novembro de 2012.
- ⁴⁷ Palmer P. “[Touchstones for Creating Safe Spaces](#)”. Center for Courage and Renewal.
- ⁴⁸ Nembhard I, Edmondson AC. [Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams](#). *Journal of Organizational Behavior*. 2006;27(7):941-966.
- ⁴⁹ Wageman R, Nunes D, Burruss J, Hackman JR. *Senior Leadership Teams: What It Takes to Make Them Great*. Harvard Business School Publishing Corporation; 2008.
- ⁵⁰ Sutton R, Rao H. *Scaling Up Excellence: Getting to More Without Settling for Less*. Crown Business; 2014.
- ⁵¹ McCannon J, Margiotta B. [Inside the command center](#). *Stanford Social Innovation Review*. 21 de janeiro de 2015.
- ⁵² Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. [The 100,000 Lives Campaign: Setting a goal and a deadline for improving health care quality](#). *Journal of the American Medical Association*. 2006;295(3):324-327.

- ⁵³ Endo J. “[Mentoring in the 100,000 Lives Campaign: Just a Hospital Away](#)”. Institute for Healthcare Improvement; 2006.
- ⁵⁴ Kegan R, Lahey LL. *Immunity to Change: How to Overcome It and Unlock the Potential in Yourself and Your Organization*. Harvard Business Publishing; 2009.
- ⁵⁵ Kegan R, Lahey LK. *An Everyone Culture: Becoming a Deliberately Developmental Organization*. Harvard Business Publishing; 2016.
- ⁵⁶ Edmondson A. [Strategies for learning from failure](#). *Harvard Business Review*. Abril de 2011.
- ⁵⁷ Ganz M. *Handbook of Leadership Theory and Practice*. Harvard Business School Centennial Colloquium; 2010.
- ⁵⁸ Fletcher A. [The Ladder of Engagement](#). CommonAction.
- ⁵⁹ Hannah S, Avolio B. [Moral potency: Building the capacity for character-based leadership](#). *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2010;62(4):291-310.
- ⁶⁰ Argyris C. [Double loop learning in organizations](#). *Harvard Business Review*. Setembro de 1977.
- ⁶¹ Argyris C. [Teaching smart people how to learn](#). *Harvard Business Review*. Maio–junho de 1991.
- ⁶² Argyris C. [Good communication that blocks learning](#). *Harvard Business Review*. Julho–agosto de 1994.
- ⁶³ Dweck C. *Mindset: The New Psychology of Success: How We Can Learn to Fulfill Our Potential*. Ballantine Books; 2006.
- ⁶⁴ Duckworth A. *Grit: The Power of Passion and Perseverance*. Scribner; 2016.
- ⁶⁵ Kania J, Kramer J. [Embracing emergence: How collective impact addresses complexity](#). *Stanford Social Innovation Review*. 21 de janeiro de 2013.
- ⁶⁶ Sullivan G, Hamilton M. *A Leader’s Guide to After-Action Reviews*. Headquarters Department of the Army; 1993.
- ⁶⁷ McKeown G. *Essentialism: The Disciplined Pursuit of Less*. Crown Business; 2014.