

21 / 06 /04



**“ER: Emergency” - “P.S.: Plantão Médico”
Warner Home Vídeo**

**“Analisar o contexto de um hospital de pronto-socorro à
luz das disciplinas do Aprendizado Organizacional”**

MBKM – Turma RJ9

Disciplina: Estruturas Organizacionais

Profº: Sérgio Lins

Grupo: Fernanda
Luciana
Rosane

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar o contexto de um hospital de pronto – socorro à luz das quatro disciplinas do aprendizado organizacional denominadas: maestria pessoal, visão compartilhada, aprendizado em equipe e modelos mentais.

Como objeto de estudo foi utilizado o seriado “ER”, da WARNER BROS. a primeira temporada de 1994, dado que, segundo especialistas, se assemelha bastante com a realidade de um hospital pronto – socorro.

A fim de facilitar a análise, o presente estudo foi dividido em 5 seções: Introdução, As quatro disciplinas, Comportamentos arquétipos, Estratégias de correção, Processos sinérgicos e a Aplicabilidade da Gestão do Conhecimento. As seções apresentam-se interligadas, porém, cada uma tem a sua peculiaridade, vis à vis a interpretação do grupo em relação ao trabalho (p.e., em Arquétipos, a citação de cenas e episódios apareceu fortemente).

I. Introdução

O Seriado “Plantão Médico”, produzido pela Warner Bros, retrata o dia-dia de médicos do setor de emergência de um hospital-escola de Chicago, que dedicam a maior parte de suas vidas em prol de pessoas doentes que precisam de tratamento emergencial.

Com uma remuneração reconhecida e relativamente baixa e um trabalho sob extrema pressão esses devem ter disciplina, pró-atividade e principalmente, consciência da importância do ciclo do aprendizado numa organização.

O fato do seriado se passar num hospital de ensino evidencia ainda mais a importância deste ciclo, como a essência de uma organização que aprende – o que implica não apenas no desenvolvimento de novas capacidades, mas de mudanças fundamentais de mentalidade de forma individual e coletiva que permitem uma visão sistêmica do que venha ser a organização, seus objetivos, valores e missão.

A integração dos seis principais personagens deste seriado constituído por ⁽¹⁾: Dr Doug Ross (Pediatria), Dra Susan Lewis (residente do terceiro ano de Medicina), Dr. Mark Green (Chefe dos Residentes), Carol (Chefe de enfermagem), Dr Peter Bentom (Residente de cirurgia) e Dr John Carter (interno), diferentes no que tange à experiência, cultura e valores, retrata como é possível aprender todos os dias, uns com os outros, em favor de uma mesma missão: tomar as melhores decisões para salvar vidas.

¹ Os perfis dos personagens serão mais explorados no decorrer do trabalho, especialmente na 3ª Seção

II. As quatro disciplinas

Como já foi mencionado anteriormente, o ciclo do aprendizado constitui a essência de organização que aprende. Neste contexto, as quatro disciplinas a serem descritas abaixo são instrumentos cruciais para “alimentação contínua” deste ciclo. São elas:

- Ø Maestria Pessoal
- Ø Modelos Mentais
- Ø Visão Compartilhada
- Ø Aprendizado em equipe

Maestria Pessoal

Maestria pessoal significa, além da capacidade de produzir resultados, a eficiência em dominar princípios, métodos e técnicas associadas ao modo de produzir estes resultados.

No seriado, podem ser identificados vários exemplos de maestria pessoal, sendo que um dos mais importantes foi ilustrado pelo Dr Bentom (residente de cirurgia), nos primeiros episódios. Em um dos episódios da série, este se depara com uma situação em que um paciente tem uma complicação séria que o obriga a decidir se deve ou não fazer um procedimento do qual não tem experiência nem total domínio por se tratar de um residente. Neste momento, diante de um quadro sem nenhum recurso disponível, apesar de nunca ter conduzido uma cirurgia sozinho, este fez uma escolha que exigiu muita coragem, a de ter que enfrentar uma situação desconfortável tanto pelo fato de nunca ter realizado o procedimento, como por não ter o apoio de seus gestores nesta decisão na tentativa de salvar a vida de um homem.

A Maestria pessoal ensina exatamente isso, não baixar a visão, mesmo que ela se mostre aparentemente impossível e, com isso, ela também ensina que não se deve esquivar do mundo como ele é, mesmo que isto seja algo desconfortável.

Vale a pena destacar também que a mestria pessoal conduz naturalmente à visão compartilhada, o que significa que para a realização de uma visão individual (o que foi o caso da decisão tomada por Dr Bentom), é fundamental a ajuda de outras pessoas no sentido de mobilizar esta visão.

Dr Bentom não conseguiria realizar o procedimento como foi feito sem a ajuda da equipe de enfermeiros que, mesmo com receio de sua decisão individual, no final estavam impulsionados a realizar algo que pudesse alcançar a visão de salvar a vida de uma pessoa.

Assim, quando o Chefe do P.S., Dr David Morgenstern chega, sua primeira reação é dizer que “nunca tinha visto uma incisão tão feia” e, “um veterinário faria melhor”. De imediato, a feição do Dr B. foi de decepção ou, no mínimo, desapontamento pela falta de elogio, afinal, tinha acabado de tomar uma decisão correta, salvando uma vida. Porém, Dr M., mostrando sua maestria pessoal para chefiar, também soube logo depois elogiar e agradecer ao Dr Benton, dizendo que o mesmo teve muita sorte, mas fez bem em “abrir” o paciente.

A maestria do Dr Mark Green (chefe dos residentes) em mobilizar a equipe do P.S. para salvar uma colega de trabalho (a enfermeira-chefe Carol) sem deixar que as emoções atrapalhassem suas decisões também merece ser comentada. As cenas passadas foram fortes, mostrando reações que transitavam do sentimento de culpa do Dr Doug (pediatra e ex-namorado da Carol) à orientação do Dr Morgenstern, que mostrava naquele difícil momento, sua maestria em motivar equipes e direcionar caminhos ao conversar com o Dr Mark (que se mostrava profundamente abalado).

Por outro lado, destaca-se o Dr Doug Cross, médico “mulherengo” e bastante “fofoqueiro”, que em compensação é responsável pelo departamento de Pediatria, cuidando com todo o carinho e atenção das crianças que passam por ali. Não conseguiríamos imaginar, por exemplo, um médico como o Dr B., que é mais técnico e menos “pessoal” e “emotivo” fazendo este trabalho. A complementaridade de cada um é que faz com que esse hospital-escola seja um excelente exemplo de organização que aprende.

Modelos Mentais

Modelos mentais são imagens, pressupostos, histórias que trazemos em nossas mentes acerca de nós mesmos, das outras pessoas, das instituições e de todos os aspectos do mundo. É claro que o respeito pela individualidade / realidade alheia, hierarquia existente e a qualidade do ambiente de trabalho têm que ser levados em consideração, mas, independente destes pontos, esta disciplina só faz sentido numa organização quando esta se preocupa em trazer a tona estes mapas mentais para que, assim, as pessoas possam aprender a refletir, falar mais abertamente, tornando explícito o que de fato acham a fim de alcançar uma visão compartilhada do futuro. Funcionando como uma vidraça, cada participante de uma organização tem uma forma de enxergar diferente e, esta disciplina serve exatamente para ajudar que todos tenham a mesma visão compartilhada.

No caso do seriado “ER”, na convivência com diferentes mapas mentais, os profissionais de saúde tem a oportunidade de criarem uma visão diferente de que hospital não se trata apenas de um “repositório de conhecimento científico para cura dos seriamente enfermos”, mas que neste, eles têm a oportunidade de servirem como comunitários de saúde, voltados para ajuda de pessoas que precisam não apenas de assistência técnica, mas de afeto e atenção.

Mesmo que não seja de forma muito estruturada, percebemos em vários momentos e em diferentes casos, que existe sempre a preocupação e cuidado de uns com outros (salvo algumas exceções, tais como o “frio” Dr B.), na busca de entendimento e tentando trazer à tona histórias, experiências e emoções individuais. Para exemplificar, utilizamos o exemplo do Dr Carter, que sente-se enjoado ao ver um ferimento e pensa em desistir. Logo, Dr Mark se aproxima e conversa com ele, mostrando que isto é normal, até mesmo para pessoas como Dr B. Desta forma, Dr Carter retorna ao trabalho e percebe que a emoção, no caso dele, estará sempre presente, sendo diferente de outros médicos que são mais frios.

Visão Compartilhada

A disciplina de construir uma visão compartilhada ocorre num processo no qual as pessoas de uma organização articulam suas histórias comuns, considerando visão, propósito, princípios e valor pessoal, em função de uma busca de um objetivo comum. Neste sentido, esta disciplina se torna um veículo para criação de um sentido e uma estratégia compartilhada para o alcance dos resultados numa empresa.

Novamente, no caso do seriado, pode se observar esta em vários momentos, principalmente na forma como a equipe se comunica para o atendimento do paciente. Quando este chega ao pronto socorro, ao relatar as primeiras condições do paciente, o próximo atendimento já é plenamente entendido na medida que as pessoas sabem e partilham de uma visão com foco na ajuda ao cliente, que neste caso se trata de um paciente. A utilização de recursos comuns, como por exemplo a enfermagem, em momentos de pressão nos ajudam a vislumbrar esta disciplina na organização em questão. No episódio “A Volta”, por exemplo, quando no 1º dia de trabalho após dois meses de afastamento em virtude de uma tentativa de homicídio, a enfermeira Carol consegue, com bastante sucesso, “se dividir” em mais de um atendimento (sem fazer nenhum dos dois perder com isso, pois a noção de prioridade e exigência de sua presença, à luz da visão compartilhada do trabalho, faz com que a mesma tome as decisões corretas em termos de alocação), percebemos que a visão compartilhada estava ali bem presente.

Neste caso, apesar das diferenças entre as pessoas que trabalham no “Plantão Médico”, a clareza de que elas possuem metas específicas a fim de contribuir para o alcance do objetivo final propicia que estas trabalhem de forma orientada na missão de existência da “companhia”.

Aprendizado em equipe

A última disciplina que iremos considerar neste estudo se trata do aprendizado em equipe, que pode ser visto como uma consequência natural da visão compartilhada, na medida que ele transforma as habilidades de reflexão e inquirição em capacidades, tornando os veículos coletivos para construção do entendimento compartilhado.

Neste caso, o diálogo e a prática de aprender uns com os outros se tornam instrumentos imprescindíveis para o aprendizado em equipe, onde se entende como equipe um grupo de pessoas que necessitam uns dos outros para alcançarem os resultados.

No seriado, um bom exemplo da pertinência do aprendizado em equipe, pode ser ilustrado pelo Dr Carter, interno, novo na equipe e com pouco conhecimento na realização de procedimentos. Em várias cenas, ele deliberadamente faz perguntas, reconhece que não sabe, mas que quer aprender, como em outras, ele se coloca como um mero observador interessado em contribuir para a visão compartilhada da organização de ajudar pessoas que necessitam.

A prática de aprender uns com os outros é algo que de fato mobiliza a equipe, e principalmente auxilia no comprometimento com os resultados. Dr Carter, mesmo com pouco conhecimento técnico, evoluiu o seu “saber” em relação ao porquê de suas ações e quanto seria importante a sua contribuição junto a equipe, tanto na solução de problemas, como na busca de novas formas de resolvê-los.

Outro exemplo é o aprendizado do Dr B. com sua “concorrente”, Dra Sarah. Por alguns momentos relevantes no seriado, esta médica mostra a importância da ajuda e do aprendizado comum do hospital, independente de qualquer desejo ou motivação pessoal ou acadêmica. Este ponto será mais esclarecido no próximo capítulo.

Como “lição” nesta disciplina, ficou-nos as palavras de Dra Susan, quando o mesmo interno Dr Carter citado (aluno do Dr B) ficou “reclamando” de ser sempre

esquecido pelo Dr B e/ou fazer trabalhos repetitivos e não muito nobres. Neste momento, após Dr B. ter ajudado Dra Susan em mais uma emergência, Dra Susan diz “Quem pede, recebe; quem não pede, não recebe”. Na nossa interpretação, num ambiente como o mostrado no seriado, não adianta ficar parado, esperando as lições serem apresentadas. Num ambiente como este e, neste caso específico tendo como “mentor” um médico reconhecidamente capaz por todos, a pró atividade do “aluno” é fundamental para que haja de fato este aprendizado em equipe.

Assim, vale a pena ressaltar novamente o total engajamento e comprometimento entre os médicos e equipes, que nos remete às quatro disciplinas analisadas anteriormente e, em última instância à sinergia da organização suportada por enlances equilibradores e reforçadores.

Como ilustração, podemos citar ainda casos em que Dr B. (pessoa “fria”, porém extremamente capaz), ajuda Dr Doug (médico conhecido por ser “fofoqueiro” e “mulherengo”, além de imaturo emocionalmente, mentindo, por exemplo, para uma criança, pois que ela ficaria um tempo sem sua mãe, já que a mesma estaria sendo internada) a salvar uma criança, apesar de ser, teoricamente, da equipe cirúrgica do hospital (enlances equilibradores). Mesmo “reclamando” e mostrando seu jeito “durão e frio” (atitude que nos remete a um enlace reforçador no sentido que aumenta a “vidraça” que separa os MM da visão compartilhada), em outro momento o mesmo Dr.B. diz que “o caso é com a Dra Susan” pois não é um caso de operação, mas ele é quem acaba salvando a vida de outra pessoa, neste caso um adolescente cardíaco (o próprio médico, através de sua atitude, nos remete a um enlace equilibrador do sistema).

E, ainda, citamos o trabalho perfeito realizado pela dupla Dr Doug e Carol (enfermeira-chefe), que deixaram todos os pontos pessoais e emocionais de lado (foram namorados e, especialmente por causa dele, ela tentou o suicídio) objetivando salvar uma criança. Ela praticamente “adivinhou” o que ele pensava

e tudo deu certo, ou seja, especialmente a maestria pessoal de cada um e o próprio conhecimento que um tem do outro (modelos mentais) nos remete a uma notória Sinergia no trabalho em equipe (apesar dos problemas pessoais e afetivos entre os dois).

III. Identificar e explicar, no mínimo 2 casos, em que se manifestam comportamentos arquétipos.

3.1) D1 - *“Consertos que Pipocam”*: *Aplicar soluções paliativas imediatas acabam criando problemas colaterais.*

Dr Peter Benton é considerado pelo Dr David Morgenstern – chefe do PS – como “um dos melhores residente que temos”, sugerindo ao conhecer o estudante do Dr B, Dr John Carter, que ele “aprenda tudo com ele, menos sua atitude”. Trabalhando na equipe cirúrgica, de fato sua capacidade técnica e total comprometimento com a saúde física dos pacientes são inquestionáveis, porém, sua vontade ou dever de decidir muitas vezes sozinho, com a pressão do tempo, sua capacidade de lidar com suas emoções e de seus colegas e pacientes, além de transmitir e treinar um outro recurso, acabam por nos remeter a este arquétipo.

Ao conhecer seu “novo aluno” – Dr Carter -, o “frio” Dr B. mostra sua total vontade de colocar a pessoa que busca nele e no próprio hospital conhecimento técnico, experiência e desenvolvimento de trabalho em equipe, em situações embaraçosas. Na verdade, situações que deveriam ser desafiantes acabam por trazer problemas colaterais que poderiam ser evitados caso medidas de curto prazo tivessem levado em consideração as conseqüências futuras. Um exemplo disto é quando Dr B. discute com a outra médica-residente, Dra Susan Lewis por ela tê-lo chamado devido à um diagnóstico em que ela se baseou não somente em aspectos biológicos, por assim dizer, mas também, no que a própria paciente relatou. Desta forma, como a Dra estava correta, as conseqüências para a paciente poderiam ser piores do que o que aconteceu de fato. O aprendizado do Dr B foi além, quando o cirurgião-chefe, ao invés de causar tumulto ou fazê-lo sentir-se pior, ensina-o que, muitos teriam errado, mas os bons médicos ouvem o paciente. Para encerrar esta parte, o cirurgião-chefe acaba chamando para auxiliá-lo numa cirurgia que o Dr B dá a entender que gostaria de participar, um “desafeto” dele, Dra Sarah.

Outro exemplo ainda neste arquétipo, é quando Dr B. atende a um paciente que pensa ser uma mulher que bateu numa ponte, mas é, na verdade, um travesti. Ao

perceber este equívoco, deixa que Dr Carter (estudante, ainda inexperiente tanto tecnicamente quanto emocionalmente) cuide do paciente que, na verdade é um suicida, que depois se joga do prédio do hospital. Neste momento, o próprio Dr B. reconhece que deveria ter visto que a batida na ponte já era uma tentativa de suicídio, mas sua falta de sensibilidade e de ouvir o paciente, além de sua intenção de “acabar com aquele problema”, o fizeram não medir as conseqüências do seu ato de discriminação.

Ainda nesta linha, podemos analisar também o caso em que Dr Carter em seus primeiros dias no hospital, que não teve a orientação devida dos médicos, acabou por identificar erroneamente um jovem atropelado que havia falecido, trazendo tristeza e infelicidade para a família errada por algum tempo. Caso a orientação dada ao jovem médico fosse melhor, este efeito colateral não teria acontecido.

Outro exemplo seria o caso em que Dr B. chama a equipe de transplante antes de obedecer à nova cirurgiã, que o mandou pegar o consentimento da família do paciente morto. Com a pressão do tempo (para que os órgãos resistissem) e com a sua forma individual de agir, sem medir possíveis conseqüências, o médico acaba por trazer transtornos que poderiam ser evitados. Um desses transtornos, por exemplo, é fazer com que Dr Mark (residente-chefe) fale com a esposa do paciente, que insiste em ouvir uma 2ª opinião pois seu marido teve “morte cerebral”, aparentando ter chances de sobreviver. Dr Mark, que precisava sair para comprar presente de Natal de sua esposa², acaba por ajudar o colega, que não escapa de ouvir um sermão da nova cirurgiã.

3.2) D3 – “Escalada”: cria-se um ciclo de ação e reação que acaba fugindo do controle.

Dr B. disputa diretamente uma bolsa com a Dra Sarah, que está um ano a sua frente. Essa disputa, que é pública (há inclusive situações de incentivo de outros funcionários) e que só admite um vencedor, acaba por trazer competições internas que não são saudáveis nem para a estrutura hospitalar, nem para os pacientes e demais médicos. Da mesma forma que disputam recursos comuns (aqui

² Vide item 3.4

poderíamos até falar do arquétipo “Tragédia dos Comuns”, uma vez que o número de especialistas contribui para os trabalhos, esquecendo por vezes a interdependência entre os setores), há visivelmente uma disputa para “saber quem sabe mais” ou para quem fez tal cirurgia. Por exemplo, a disputa pelo Dr Carter, que é estudante do Dr B., mas foi utilizado também pela Dra Sarah sem esta pedir “permissão”, traz conseqüências para o próprio estudante, que fica por vezes fazendo trabalhos “menos nobres” simplesmente pelo fato de disputa de poder.

Porém, este arquétipo fica mais explícito em situações, tais como a que a Dra Sarah, por exemplo, veio auxiliar o Dr B. num caso muito complicado e o mesmo falou “era só o que me faltava”. A partir daí, criou-se uma disputa pelo próprio paciente, deixando de lado por breve, porém fundamental momento, que o importante ali é a saúde do paciente e não de quem o mesmo é (onde fica a “visão compartilhada e o aprendizado em equipe”??? à distorção do sistema).

Após as entrevistas para a citada bolsa, em que Sarah se sai bem melhor do que Dr B., não só por estar a sua frente, mas por ser mais “humana” (Dr B. não tinha, por exemplo, trabalhos sociais em seu c.v. e, mesmo quando apareceu depois uma oportunidade para ele, o mesmo a levou com a mesma frieza e indiferença de sempre), o resultado sai e a reação do perdedor é de aparentar “indiferença” e “não surpresa” com o mesmo. Na verdade, o mesmo começa a trabalhar sem parar, querendo salvar várias pessoas, pois pelo o que é falado no episódio, ele sempre conseguiu quase tudo que queria e, quando perde, é pior, pois na verdade ele possui uma “casca dura”, que não deixa ninguém entrar.

Esse ciclo de ação e reação só não aparentou ser tão degradante para a organização, especialmente devido à postura da Dra Sarah, que se mostrou mais madura e, dela ter levado para o lado sentimental da coisa (“... seu problema é perder para uma mulher...”). Após o resultado, a própria Sarah entende que Dr B. nunca tinha realizado um certo procedimento de extrema relevância e deixou de imediato que o mesmo o fizesse, mesmo antes do Dr B. pedir (o que estava sendo difícil para ele fazer). Ao contrário do que poderíamos imaginar ao se tratar deste arquétipo, a Dra apoiou Dr B., dando força e orientando e, ele conseguiu realizar com sucesso apesar das dificuldades existentes. Dr B. agradeceu depois por ela

ter deixado que ele realizasse o procedimento, além de tê-lo orientado e, Dra Sarah elogiou-o, dizendo também algumas palavras que foram talvez as mais marcantes para a análise do nosso grupo: “Este é um hospital de ensino. Ajudar aqueles que estão abaixo, preocupar-se um com o outro, é assim que deveria ser”.

3.3) D4 - *“Transferência de Fardo”*: solução passa a ser usada continuamente, afastando, desmotivando e dificultando tentativas futuras de recorrer a medidas de longo prazo.

O P.S. está sempre disponível a receber os pacientes de outros hospitais ou que não seriam, teoricamente, para serem atendidos em uma Emergência-Escola. Temos como exemplo, tanto os partos que ali aconteceram, quanto dias em que outros hospitais mandam seus pacientes para lá. Num episódio específico, por exemplo, um hospital estava sem energia e o outro, tinha fechado a “Traumologia” e, apesar da enfermeira-chefe (Carol) dizer de início que não pode receber, a mesma acaba se conformando com a frase “... e sobra para nós”. Ou seja, como o hospital acaba dando conta dos casos-extra, outras alternativas e até soluções estruturais em termos de saúde como um todo para a sociedade deixam de ser pensadas ou experimentadas.

Outro exemplo que podemos utilizar é a relação da Dra Susan Lewis com sua irmã, Chloe. A mesma sempre a acoberta, seja dando dinheiro, seja recolhendo-a em sua casa junto com namorados marginais e inseqüentes. “Passando a mão” e usando soluções “imediatistas”, a médica acaba por desestimular em casa, o que passa para seus pacientes, ou seja, resolve o sintoma no lugar do problema. Por exemplo, em um episódio em que aparece uma senhora com um corte derivado de uma queda, a médica constata que a paciente tem na verdade leucemia e, incentiva-a a fazer uma transfusão, ao invés de simplesmente suturar o corte. Fazendo o paralelo, de nada adianta dar um lar provisório para sua irmã,

se os problemas estruturais da mesma não puderem ser ajudados e/ou encaminhados pelo menos.

3.4) *“Sucesso para os bens Sucedidos”*: quem recebe mais recurso ou apoio tem mais probabilidade de ter sucesso e, devido a esse sucesso, receberá ainda mais recursos no futuro.

Dr Mark Greene, residente-chefe do P.S., é visto como o “cara mais certinho” do hospital, que nunca fez nada irresponsável – “o chato”, sempre pronto a ajudar a todos, incluindo aí o “Dr Matraca” - fofoqueiro e *bom vivant* do hospital - , ou melhor, Dr Doug, que aparece bêbado já no episódio “Piloto”. Casado e com 1 filha, entretanto, esse médico aparenta ser “uma esponja” em muitos momentos do P.S.. Esponja no sentido de absorver tanto trabalho, em alguns casos de outras pessoas, que seu tempo de dedicação familiar se deteriora a cada momento. Sua falta de capacidade de dizer “não” aos outros, bem como sua grande responsabilidade, acabam por trazer um desequilíbrio em sua vida, já que o mesmo faz por exemplo, segundo um colega do administrativo, quatro horas-extra. Desta forma, tanto no episódio em que é véspera de Natal e o médico “não consegue” sair para comprar o presente de sua esposa, tanto no que o mesmo resolver “dar mais um tempo” no hospital e, esquece de ligar para a filha, percebemos que na verdade Dr Greene estava “fugindo”. Em outros dois momentos, este fato fica evidenciado, já que, para não enfrentar a esposa ao ter que tomar decisões do tipo “mudar para um hospital mais tranquilo” ou “mudar de cidade onde a esposa conseguiu emprego”, o mesmo vai pegando mais responsabilidade e atribuição no hospital (inclusive atribuições burocráticas ou por exemplo, se candidatar a avisar à esposa de um paciente, que não era seu, do seu sério problema). Porém, estas fugas trazem na verdade mais problemas familiares, que podem querer fazê-lo fugir cada vez mais e assim por diante. Por exemplo, quem acaba decidindo por ele é a própria esposa que, após “jogar na cara dele” que ela já fez várias concessões por ele, aparenta entendê-lo, mas, na verdade, se afasta cada vez mais dele, indo inclusive morar em outra cidade,

tornando os encontros familiares mais escassos ainda e criando um sentimento de ciúme até então aparentemente não manifestado no médico.

Até em dia de folga, Dr Mark se dispõe a ir cobrir um funcionário, mesmo que para isso tenha que levar sua pequena filha para um ambiente inadequado para uma criança saudável. Mesmo após um ano em que não faltou nenhum dia e de já ter compensado mais de oito vezes o Dr Doug, Dr Mark se sente “culpado” por ter tirado um dia de folga para aproveitar a esposa que não via há três semanas, dizendo-se “gripado”. Este fato é tão raro, que a própria equipe do hospital comenta que deve ser na verdade uma “pneumonia”.

Outro exemplo deste arquétipo, percebemos no Dr. B., que negligencia sua família e, em especial sua mãe doente, em detrimento do trabalho. Ele, por exemplo, é capaz de esquecer combinações de tomar conta da mãe para sua irmã poder comemorar aniversário de casamento e/ou, de atender sua própria mãe no hospital para ir para uma outra cirurgia.

IV. Recomendar estratégias para corrigir, ou evitar, possíveis distorções sistêmicas que possam vir a ser provocadas por decisões tomadas sob comportamento arquétipo.

4.1) Os médicos conheceram seus alunos no dia em que os mesmos começariam. Não houve, aparentemente, um processo de seleção em que os médicos participassem, nem uma apresentação mais formal entre os envolvidos. Desta forma, a sensação que nos dá é que os alunos chegam não para ajudar e / ou aprender e sim, para serem expostos à situações embaraçosas e, por vezes ridículas (Dr B e Dr Carte, por exemplo), ou para um possível envolvimento pessoal (Dr Doug e sua aluna). Há perda de conhecimento de ambos os lados, ignora-se as disciplinas maestria pessoal e modelos mentais, não existe um compartilhamento de visão, o que acaba por comprometer a sinergia e o aprendizado em equipe.

Estratégias relacionadas à estrutura organizacional, suportadas por ferramentas de Gestão do Conhecimento, tais como, Ações de Mapeamento de Competências, Desenvolvimento de Capital Humano e Transferência de Conhecimento evitariam distorções, tais como as citadas.

4.2) Outra estratégia que consideramos seria o de fazer um mapeamento em termos de sazonalidade (pelo menos aquelas possíveis de mapear), quando o hospital é mais demandado. É claro que, problemas de energia em outro hospital e desmoramentos, só para citar dois casos, não são “mapeáveis”. Porém, os próprios médicos mostraram saber exatamente quando o movimento do hospital deveria aumentar, ou seja, citam, por exemplo, “o dia está só começando, hoje é dia de St Patrick”. Outro exemplo seria na época do ano mais fria (vide o episódio da Parte 3 – “A Nevasca”), quando problemas meteorológicos são mais constantes e o hospital poderia estar mais bem preparado para tal ocasião.

4.3) O mapeamento de processos também seria interessante e importante a fim de evitar distorções sistêmicas em virtude de comportamentos arquétipos (por exemplo “Limites ao Sucesso”). Dizemos isso, pois, por exemplo, as coisas

funcionam aparentemente como há muito tempo, cada um “sabendo” do seu papel, especialmente em dias mais “agitados” do P.S. Porém, esse “apagar incêndio” acaba mascarando a identificação dos possíveis limites de recursos ou capacidade. Vemos problemas do tipo, o residente-chefe fazendo quatro horas-extra por dia (e, quando falta, ninguém mais consegue fazer seu trabalho, que incluía grande grau de burocracia), paciente sem ficha, paciente ser “diagnosticado” com uma “cor” errada e, por isso, não ter o atendimento necessário e acabar morrendo (episódio da Parte 3 – “A Nevasca”) ou ainda um “morto” na passagem das macas, que com certeza nos remetem a outra recomendação, que seria determinar o índice de crescimento e o ponto onde excede a capacidade atual.

Esse mapeamento também poderia vir a auxiliar, revendo desde a quantidade de papel que circula pelo hospital e que gera mais stress e confusões evitáveis, bem como o controle dos médicos ser feito em quadros que qualquer pessoa tem acesso.

4.3) Percebemos um *gap* enorme entre a equipe médica como um todo e a área administrativa. Com exceção de alguns administrativos que têm contato direto com os pacientes e médicos/enfermeiros, vários aparecem em distintos momentos muito preocupados com a hora e menos com o que está acontecendo no hospital. No capítulo já citado – A Nevasca – em meio ao desastre ocorrido, vemos uma pessoa, aparentemente do administrativo, saindo, pois acabou seu horário, enquanto o hospital deveria estar todo mobilizado em salvar vidas. Em outros momentos, até enfermeiras aparecem sem querer ajudar, pois já teria acabado o horário das mesmas, o que pode nos remeter a um problema estrutural até de política de cargos e salários, além do próprio desenvolvimento do capital humano. Uma ou mais estratégia(s) para diminuir esta “lacuna” é fundamental neste caso.

4.4) Uma estratégia mais ampla seria de Revisão do próprio Sistema de Saúde, para que um hospital-escola não fique tão sobrecarregado quanto aparenta

(parece trabalhar sempre no limite). Pensando somente no hospital, uma revisão das Escalas de horário x nº de pessoal também já auxiliaria bastante.

4.5) Uma estratégia de Treinamento também faz falta. Somente em conversas informais é que os médicos aparecem trocando informações e casos. Percebemos só em um episódio (dos 11 assistidos) uma “reunião” da equipe médica, em que um caso real foi analisado e todos puderam expor suas opiniões. Esse tipo de *brainstorm* serve como aprendizado em equipe e é bastante importante em qualquer organização, já que existe uma grande inter-dependência das equipes, o aprendizado é uma constante, além de ser uma oportunidade para as pessoas exporem seus pensamentos e sentimentos . Nestas ocasiões também existe a possibilidade de assuntos mal resolvidos serem esclarecidos, visando melhorar o próprio entendimento / relacionamento entre os “funcionários”, além de alinhar a visão compartilhada (“limpando a vidraça”).

4.6) Critérios claros de avaliação e medição de resultado (Metas e reconhecimentos não individuais e sim de equipe, evitando que possa existir somente “um vencedor” ou a criação de “heróis”), além de acompanhamento psico-emocional dos médicos (não são máquinas e sim pessoas lidando todos os dias e o tempo todo com situações extremas, chegando a seus limites) também são estratégias relevantes.

4.7) Treinamento de Liderança (“*Coaching*” de verdade: não é qualquer pessoa que está capacitada a treinar outra pessoa). Uma estratégia de desenvolvimento deste ponto, com certeza poderia vir a evitar distorções, tais como alguns *feedbacks* distorcidos ou em má hora do próprio Dr M. (chefe do P.S.), que muitas vezes foram mal interpretados, gerando comportamentos arquetípos (ex: Escalada).

V. Caracterizar os processos sinérgicos de equipe hospitalar, considerando: Objetivo Geral, Resultado isolado, Restrições, Grau de afinidade, Aprimoramento.

Recordando... A série ER é centralizada em uma equipe de jovens médicos do setor de emergência do hospital. A equipe é formada por médicos, residentes, estudantes, enfermeiros e paramédicos.

“Um sistema é um todo percebido cujos elementos mantêm-se juntos porque afetam continuamente uns aos outros, ao longo do tempo, e atuam para um propósito comum” (SENGE, 1997).

Os componentes da equipe do hospital possuem habilidades complementares e atuam em sinergia com um propósito comum: salvar vidas.

Ao se reunir profissionais com conhecimentos e habilidades diferentes no contexto de um setor de emergência, o objetivo final, que é salvar a vida do paciente, tem muito mais chances de ser alcançado.

Podemos identificar outros objetivos para o trabalho em conjunto: aprendizagem e o cumprimento do programa de residência médica. Para praticar a medicina, o estudante deve passar dois anos em um hospital-escola onde é orientado por um profissional mais experiente. Após esse período, ele já pode exercer a medicina, mas somente dentro do hospital-escola, onde ele deve atuar como residente durante pelo menos um ano. Os residentes têm opção de continuar no hospital por mais tempo a fim de se especializar em alguma área. Dessa forma, o hospital pode ser visto como um ambiente de aprendizado para a continuação da formação médica. Como citado em outra ocasião do trabalho, no episódio “ER – Emergência Confidencial”, após supervisionar Dr. Benton na realização de uma cirurgia, a Dr^a Sarah Langworthy comenta: “Estamos em um hospital-escola. Devemos ajudar quem está abaixo, olhar uns pelos outros”.

Os elementos que compõem o processo sinérgico são interligados, funcionando em cadeia, fazendo parte de um sistema. Além dos membros da

equipe de médicos, existe o pessoal de apoio, como os recepcionistas que realizam a triagem dos pacientes, dão entrada nos prontuários, controlam a entrega de relatórios, etc. Podemos observar que algumas dessas atividades são suportadas por sistemas informatizados. A estrutura do hospital também garante um atendimento com maior rapidez, como pôde ser observado em “A Nevasca”. Nesse episódio, um grande engavetamento de carros deixou dezenas de feridos que foram encaminhados para o hospital. Cada um com tipos de ferimentos e níveis de gravidades diferentes. A estrutura do hospital permitiu que, à medida que os pacientes fossem chegando, entrassem no hospital com extrema rapidez, passassem pela triagem e fossem atendidos por um médico que já recebia várias informações sobre o caso. Podemos identificar também a sinergia entre a equipe interna do hospital e elementos externos, como os bombeiros e policiais que, além do socorro no local e o encaminhamento dos feridos ao hospital, chegavam com informações importantes sobre os acidentados. Um outro fator relevante no processo sinérgico é a linguagem comum entre os componentes da equipe que utilizam muitos termos técnicos. Durante as intervenções cirúrgicas nos pacientes é extremamente importante que todos saibam exatamente o que o outro está falando. No episódio “Ambush”, Dr^a Elizabeth Corday, a nova residente da cirurgia, recém chegada da Inglaterra, confunde todos com seus termos médicos, desconhecidos da equipe do hospital.

Ao considerar todos os componentes que compõem a equipe hospitalar, não conseguimos imaginar uma situação em que um componente consiga fazer o seu trabalho isoladamente, sem a interferência dos demais. Mesmo no caso de um atendimento pontual, em que somente um médico está atuando, o paciente teve que passar pela recepção, onde alguém o atendeu e o encaminhou para o médico correspondente. Em contrapartida, em situações que fogem da visão compartilhada, as atitudes dos personagens mudam uns com os outros, como por exemplo, no caso em que o Dr B. pede que uma enfermeira lhe passe um prato para ele se servir e recebe um “não”.

Podemos apontar como restrições para a obtenção de resultados sinérgicos mais expressivos a qualidade e a quantidade dos componentes da equipe. A equipe hospitalar de um setor de emergência precisa ser formada por membros com competências diferentes e complementares que possam dar suporte aos inúmeros tipos de situações que possam ocorrer. Por exemplo, durante uma determinada cirurgia é preciso que além do cirurgião, estejam presentes um cirurgião-auxiliar, enfermeiros, anestesistas e instrumentistas. A quantidade de cada tipo de componente da equipe também é muito importante. Não se pode ter um número pequeno que não conseguirá dar conta dos atendimentos. Entretanto, não adianta aumentar demais o número de componentes para melhorar o resultado da parceria sinérgica. Na realidade, um número elevado também pode vir a gerar caos.

Em relação ao grau de afinidade da equipe, podemos inferir que, tanto as semelhanças, quanto as diversidades, ajudam a manter a sinergia. Os membros principais da equipe possuem muita intimidade, o que alimenta de certa forma ainda mais. As semelhanças na rotina do dia-a-dia, o nº de horas trabalhadas por dia/semana, os interesses em comum, as pressões a que são submetidos geram entendimento e aproximação entre os membros da equipe e o estabelecimento de relações de confiança. Ao mesmo tempo, a diversidade é o que faz com que a equipe tenha que trabalhar em conjunto. Como foi dito no parágrafo anterior, é necessário que na equipe existam indivíduos com conhecimentos e habilidades diversos para que se aumente o potencial do todo. Além disso, a experiência individual de cada um agrega valor à equipe.

VI. Que sistemas de Gestão do Conhecimento poderiam ajudar no aumento da sinergia e na aprendizagem organizacional do ambiente hospitalar em questão?

Para aumentar a sinergia entre os parceiros da equipe precisamos pensar em como fortalecer as ligações que unem a equipe. Assim, uma iniciativa interessante seria promover as ligações sociais, a partir da criação, dentro do contexto hospitalar, de um ambiente informal que propicie de forma espontânea à proximidade das pessoas. Outra iniciativa poderia ser a promoção de seminários e cursos de atualização. E ainda a formação de grupos de estudo e reflexão sobre assuntos de interesse comum.

"Aprender em organizações significa testar continuamente nossa experiência, e transformar essa experiência em conhecimento - acessível a toda organização, e pertinente ao seu propósito central" (SENGE, 1997).

Nonaka e Takeuchi (1997) fazem a seguinte distinção entre conhecimento tácito e explícito:

a) conhecimento tácito - é aquele não escrito em lugar algum, como as habilidades, percepções, insight, palpites, intuições e visão de mundo enraizada nas ações e nas experiências dos indivíduos. São componentes subjetivos, de difícil visualização e formalização, transmissão e compartilhamento; e

b) conhecimento explícito - é aquele registrado, expresso em palavras ou números. São componentes objetivos, disponíveis para todas as pessoas, podendo ser facilmente comunicado e compartilhado sob a forma de dados brutos como: fórmulas científicas, procedimentos codificados ou princípios universais.

A gestão do conhecimento preconiza as sucessivas passagens do conhecimento tácito para explícito, e vice-versa, à medida que busca transformar o conhecimento individual em recursos disponíveis às outras pessoas, por meio da conversão do conhecimento tácito em palavras ou números possíveis de serem compreendidos. Assim, durante esse período de conversações, tem-se a disseminação e criação do conhecimento organizacional.

Conhecimento é criado pelos indivíduos, cabe à empresa proporcionar meios e contextos que possibilitem e tornem cada vez mais possível o aprimoramento do conhecimento. Alguns sistemas de Gestão do Conhecimento podem ser recomendados para ajudar no aumento da sinergia e aprendizagem organizacional do ambiente hospitalar:

- § Mapeamento de competências: Identificação de conhecimentos e habilidades que a organização necessita e as competências que seus colaboradores devem possuir.
- § Páginas Amarelas: Permite localizar uma determinada competência a partir de um banco de dados com listas e descrições das competências de indivíduos de dentro e de fora da organização.
- § Melhores Práticas: sistematização do registro e recuperação de melhores práticas, experiências e não conformidades. Ou ainda a promoção de encontros regulares para discussão e troca de idéias entre os profissionais sobre situações correntes, como por exemplo algum tratamento que não esteja dando resultado.
- § Transferência de conhecimento: podemos observar nos episódios da série, a utilização do esquema mestre-aprendiz, no qual o estudante acompanha as atividades de um profissional mais experiente. Essa transferência de conhecimento pode ser incentivada ao se requisitar do mestre um relatório de acompanhamento sobre o desenvolvimento do seu aprendiz. Assim, o

estudante poderá ter um retorno sobre sua performance. Da mesma forma, o papel do mestre poderá ser avaliado.

A transferência de conhecimento também pode se dar por meio de salas virtuais para compartilhamento de textos, áudios, vídeos, aplicações, apresentações, documentos, links, fórum de discussão, etc...

É preciso ressaltar que nenhuma iniciativa para aprimorar a sinergia ou aumentar a aprendizagem organizacional irá dar resultados positivos se não houver comprometimento e responsabilidade por parte de cada membro da equipe, sempre à luz das disciplinas analisadas anteriormente.

Referências Bibliográficas:

“ER: Emergency” - “P.S.: Plantão Médico”, Warner Home Vídeo, First Season (Partes 1, 2 e 3)

LINS, Sergio. Material de apoio da disciplina "Estruturas Organizacionais" ministrada no curso MBKM, 2004.

NONAKA, Ikujiro e TAKEUCHI, Hirotaka. *Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SENGE, Peter; KLEINER, Art; ROBERTS, Charlotte; ROSS, Richard e SMITH, Brian. *A Quinta Disciplina: caderno de Campo: estratégias e ferramentas para construir uma organização que aprende*. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1997.