

GUIA DE REPLICAÇÃO

Metodologia dos grupos de reflexão e análise para gestores de cuidados

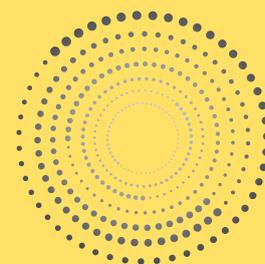


Co-funded by
the European Union

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

OBJETIVO DO GUIA	<u>1</u>
SOBRE A INICIATIVA	<u>2</u>
INTRODUÇÃO	<u>3</u>
VISÃO GERAL DO MÉTODO APLICADO	<u>4</u>
OBJETIVOS E FASES DO MÉTODO	<u>9</u>
CONDUÇÃO DO GRUPO	<u>13</u>
DICAS PARA REPLICAÇÃO	<u>15</u>
IDEIAS PARA CONSTRUÇÃO DOS CASOS DE ESTUDO	<u>18</u>
PERGUNTAS FREQUENTES	<u>27</u>
MATERIAIS ADICIONAIS	<u>28</u>





OBJETIVO DO GUIA



Porque é que é necessário um guia de replicação?

O guia de replicação é essencial para apoiar a adoção consistente e eficaz do método do Grupo de Reflexão e Análise (GRA¹) em diversos contextos de cuidados de saúde e sociais. Os gestores de cuidados enfrentam muitas vezes longas horas e trabalho de alta intensidade que impedem a prática reflexiva, mas a reflexão é fundamental para promover o desenvolvimento profissional, a resiliência e a implementação bem sucedida de cuidados centrados na pessoa (CCP).

Este guia disponibiliza um apoio abrangente, detalhando a forma como os GRA melhoram as práticas de reflexão, promovem o desenvolvimento profissional e criam resiliência entre os gestores de cuidados. Fornece aos utilizadores as ferramentas e os conhecimentos necessários para criar um espaço estruturado de reflexão e aprendizagem, permitindo que os gestores de cuidados liderem e sustentem melhor as práticas de cuidados centrados na pessoa (CCP).

¹O Grupo de Reflexão e Análise é uma tradução livre, adotada do inglês Working Discussion Groups que baseou o desenvolvimento da iniciativa Compass. Para mais detalhe sobre esta metodologia original, pode consultar o trabalho de [Morciano, 2021](#).



SOBRE A INICIATIVA

M I S S Ã O

A iniciativa visa dotar os gestores de cuidados de competências que lhes permitam responder melhor às necessidades reais do mercado de trabalho, nomeadamente melhorando as suas competências para liderar a mudança na adoção de CCP (cuidados centrados na pessoa) nos seus contextos de trabalho e fornecendo orientações aos gestores de cuidados europeus sobre a forma de implementar na prática a liderança centrada na pessoa no seu trabalho diário. O Compass centra-se na formação profissional, uma vez que visa inovar as práticas de formação profissional no sector dos cuidados, dotando os gestores de cuidados de competências que lhes permitam responder melhor às necessidades reais do mercado de trabalho, mas tem potencial para ser aplicado noutros contextos e apoiar a criação de sinergias entre eles.

G R U P O

Os recursos desenvolvidos pelo Compass destinam-se a gestores de cuidados em serviços de saúde (ERPI, centros de dia, SAD, hospitais, etc.). Os gestores de cuidados, ou seja, os profissionais com responsabilidades de coordenação relativamente aos profissionais que prestam cuidados, têm sido frequentemente negligenciados pelos programas de formação e desenvolvimento profissional contínuo destinados a promover a CCP, sendo um grupo ignorado quando se trata de investigação sobre o seu papel e práticas (Orellana, 2009²).

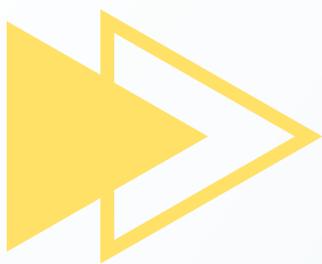
R E S U L T A D O S

Cuidados centrado na Pessoa: Lidere a mudança: Um pacote de formação em várias línguas, com aprendizagem mista (ou seja, uma combinação de sessões de aprendizagem e-learning e presenciais), destinado a gestores de cuidados e diretores de serviços em toda a Europa.

Grupo de Reflexão e Análise para Líderes : Uma metodologia para gerir grupos de reflexão online de gestores de cuidados empenhados em melhorar as práticas de CCP das suas organizações, inspirada na metodologia dos "*working discussion groups*".

Comunidade Europeia de Boas Práticas: Uma comunidade de práticas digitais para gestores de cuidados europeus empenhados em melhorar as práticas de CCP das suas organizações.

²Orellana, K. (2009). Care home managers: A scoping review of evidence. NHS School for Social Care Research or the Department of Health. Available at: <https://www.sscr.nihr.ac.uk/PDF/ScopingReviews/SR8.pdf>.



INTRODUÇÃO

De acordo com Gorman (2003³), a utilização de competências reflexivas na prática dos gestores de cuidados representa uma mais-valia para a aprendizagem, promovendo uma análise crítica do trabalho realizado e facilitando a assimilação a longo prazo dos processos aprendidos. Este tipo de aprendizagem exige um empenho nas dimensões pessoal e profissional (Argyris & Schön, 1974⁴). Com isto em mente, foi desenvolvido um modelo de grupo de trabalho baseado no método do “working discussion groups” no âmbito da iniciativa Compass.

A parceria Compass recebeu formação ad-hoc e depois procedeu à adaptação, teste e disseminação de uma metodologia para gerir grupos de reflexão online, envolvendo gestores de cuidados ansiosos por melhorar as práticas de Cuidados Centrados na Pessoa (CCP) nas suas organizações. A “discussão psicanalítica do trabalho” surgiu como um método de grupo destinado a ajudar os profissionais a confrontar as suas defesas relativamente ao impacto emocional do seu trabalho, especialmente quando essas defesas impedem uma compreensão adequada das necessidades, oportunidades e limites no contexto de trabalho. O objetivo da grupos de discussão de trabalho é, de facto, recuperar as experiências emocionais mais difíceis de tolerar, preparando assim os participantes para enfrentarem a complexidade da relação de ajuda e todo o potencial que ela implica.

Neste guia, é apresentado e aprofundado o quadro metodológico de referência do modelo Compass, que é necessário para a replicação noutros contextos de gestão de cuidados. O que se segue foi inspirado e elaborado a partir do texto de 2020 “Osservazione, riflessività e apprendimento nelle professioni d'aiuto. Il metodo della Work Discussion psicoanalitica” (Observação, reflexividade e aprendizagem nas profissões de ajuda. Il metodo della Work Discussion psicoanalitica” (Observação, reflexividade e aprendizagem nas profissões de ajuda. O método da Discussão Psicanalítica do Trabalho) editado por Daniele Morciano, com a colaboração dos membros da Psifia Aurora Polito e Sara Scrimieri para a tradução de alguns ensaios.



³Gorman, H. (2003). Which skills do care managers need? A research project on skills, competency and continuing professional development. *Social Work Education*, 22(3), 245-259. <https://doi.org/10.1080/0261547032000083441>

⁴Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass Publishers.



VISÃO GERAL DO MÉTODO

Qualquer tipo de mudança deve ser concebido e aplicado com consciência dos limites do possível, ou seja, dos limites que fazem parte da organização e que impediriam os profissionais de uma mudança efectiva. As abordagens e os métodos que não são possíveis podem, de facto, gerar resistência à mudança e frustração.

A discussão psicanalítica do trabalho é um dos métodos destinados a desenvolver as capacidades de observação e reflexão dos profissionais sobre as ansiedades e defesas no desempenho das suas funções. Oferece a possibilidade de transformar criativamente incertezas e preocupações relacionadas com o trabalho que está a ser feito em oportunidades de mudança, tanto para o utente como para o profissional. O pressuposto básico deste método é que, para atenuar o efeito negativo das defesas, seria necessário ajudar os profissionais a reconhecê-las, tolerá-las e transformá-las em recursos úteis para o seu trabalho. A perspetiva deste método é, portanto, não se limitar à identificação e reelaboração das ansiedades ao nível do profissional individual, mas do sistema mais vasto. A reflexividade e a aprendizagem que derivam das experiências de cuidados podem tornar-se um recurso valioso se este método for incluído num processo de avaliação dos serviços ou intervenções implementados pelas organizações das figuras que neles participam, de acordo com um modelo de avaliação que assenta na participação ativa tanto dos que trabalham na linha da frente (em contacto direto com os utilizadores, pacientes e beneficiários), como dos que têm responsabilidades de gestão, coordenação e planeamento.

OS EFEITOS DA ANSIEDADE

A ansiedade é um afeto, um estado de tensão psíquica que atua sobretudo a nível inconsciente, diferente de um sentimento (ligado a uma relação estável com um objeto específico) ou de uma emoção (reação imediata a um estímulo significativo). É difícil de racionalizar e pode ocorrer sem uma razão clara, ou com motivos interligados.

William Halton salienta como uma cultura de gestão excessivamente orientada para o controlo pode gerar ansiedade nos operadores, ativando mecanismos de defesa como a não assunção da responsabilidade por decisões preventivas. Este comportamento de evitamento pode prejudicar tanto a qualidade de vida dos profissionais como a eficácia do serviço e o desempenho profissional. Por exemplo, o medo de repreensões pode levar os enfermeiros a não atuar, mesmo quando sentem que uma decisão sensata seria a mais correta.

A ansiedade, portanto, alimenta um apego rígido a protocolos e procedimentos, impedindo a tomada de decisões autónomas e a flexibilidade operacional. A ansiedade e o stress podem causar dificuldades na tomada de decisões e incertezas crónicas, mesmo as de pouca importância, e levar à desconexão da realidade, com pouca atenção à prestação de cuidados adequados e, por vezes, a comportamentos inadequados.

As tensões internas podem ser direcionadas para outras questões e não para a causa original. Segundo William Halton⁵, em ambientes privados com falta de liderança, a ausência de controlo pode resultar em agressões repressivas, como maus-tratos aos doentes.

O contexto de trabalho foi transformado pela pós-modernidade, reduzindo a ligação entre a ação racional e o objetivo profissional. A profissão está cada vez mais individualizada, impondo uma maior responsabilidade pessoal sem apoio adequado.

Duas reacções possíveis:

- Sofrer passivamente esta mudança como um destino feito de perda de proteção, sentimento de abandono, perplexidade e incerteza;
- Aproveitá-la como uma oportunidade de maior liberdade e participação na exploração, experimentação e contribuição ativa para a evolução do conhecimento e das partículas (Beck, 1986⁵).

No entanto, isto não invalida o facto de este tipo de empowerment, e qualquer que seja a resposta que lhe seja dada, poder gerar mais ansiedade nos profissionais, enfraquecendo a coesão e a aliança entre os membros do pessoal da organização e entre os trabalhadores e a organização, ou seja, a defesa social que mantém a organização unida.

DEFESAS SOCIAIS NAS ORGANIZAÇÕES DE CUIDADOS

Em 1953, o psicanalista Elliot Jaques⁶ definiu a defesa social como uma configuração emocional que promove a coesão interna do grupo e, simultaneamente, a colaboração com outros grupos da mesma organização. Segundo o mesmo autor, todas as instituições são utilizadas pelos seus membros como mecanismos de defesa contra a ansiedade, beneficiando dos efeitos protetores e coesivos. De facto, as defesas sociais estão presentes em todas as organizações e os indivíduos sentem a necessidade de as utilizar como forma de "preservar a sua identidade e de se protegerem de conflitos internos intoleráveis" (Miller, 1976⁷). A psicanalista britânica Isabel Menzies Lyth⁸ salienta que as defesas sociais não são apenas a soma das dinâmicas psicológicas inconscientes dos membros de uma organização, mas continuam a atuar independentemente, uma vez incorporadas em estruturas, sistemas, culturas e práticas de trabalho, influenciando os pensamentos, as emoções e o comportamento daqueles que delas fazem parte. De facto, a autora afirma que as instituições, uma vez estabelecidas, podem ser extremamente difíceis de mudar e contribuem para moldar a estrutura da personalidade dos seus membros, tanto temporariamente como permanentemente (Menzies Lyth, 1989), mas para mudar os membros, é necessário primeiro mudar as instituições (Morciano, 2020⁹). Por conseguinte, não é possível considerar que a mudança deve ocorrer apenas ao nível individual, descurando o efeito que a natureza e a liderança da organização podem ter sobre os praticantes.

⁵ Beck, U. (1986). *La società del rischio*. Carocci.

⁶ Jaques, E. (1953). *On the dynamics of social structure: A contribution to the psycho-analytical study of social phenomena deriving from the views of Melanie Klein*. Human Relations.

⁷ Miller, E. J. (1976). *Task and organization*. Free Association Books.

⁸ Menzies Lyth, I. (1989). *Day care of children under five: An action research study*. In *The dynamics of the social: Selected essays* (Vol. 2). Free Association Books.

⁹ Morciano, D. (2020). *Osservazione, riflessività e apprendimento nelle professioni d'aiuto: Esperienze di work discussion*. FrancoAngeli.

Menzies Lyth trabalhava num ambiente marcado por elevados níveis de stress e tensão, tanto com os doentes como entre colegas e superiores, com elevadas taxas de abandono e absentismo.

Esta situação devia-se à cultura de cuidados da organização, que se baseava em dois princípios:

- aplicação estrita dos procedimentos de cuidados;
- um sistema generalizado de controlo da sua execução.

O receio de serem repreendidos levava os enfermeiros a não aceitarem o que consideravam ser senso comum no seu trabalho de prestação de cuidados, impedindo-os de se desviarem dos protocolos rigorosos e de tomarem as decisões mais triviais.

Apesar de a tarefa ter sido executada, as condições de ansiedade persistiram. Menzies Lyth defende que o reconhecimento e a integração das emoções, incluindo as agressivas, promovem o desenvolvimento profissional e a segurança dos doentes. Os sistemas que adotam uma atitude rígida e punitiva sem empatia aumentam o risco de cuidados deficientes, negligência e abuso. A falência destes sistemas leva a um surto de agressividade reprimida, colocando em risco os doentes vulneráveis.

A ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Uma abordagem psicanalítica pode ajudar a investigar a variedade de experiências de ansiedade em maior profundidade. Há, por exemplo, alguns aspectos que Mario Perini tentou evidenciar através da sua análise de 2013, com o objetivo de destacar certas experiências subjectivas dos prestadores de cuidados:

- não conseguir apreender o significado do que se observa (AMBIGUIDADE)
- não saber se e em quem confiar (DESAFIO)
- ter de correr para acompanhar as mudanças rápidas e repentinas (VELOCIDADE)
- não poder contar com algo duradouro e consistente (FUGACIDADE ou VOLATILIDADE)
- não poder guardar na memória (IMPENSABILIDADE)

É fundamental implementar intervenções que ajudem os profissionais a gerir os riscos e a encarar o alargamento da autonomia como uma oportunidade de melhoria. São necessários modelos organizacionais capazes de conter as ansiedades, de as escutar e de as transformar em reflexão para melhorar as práticas e as estratégias de intervenção.

Um dos pilares em que assenta uma organização funcional é precisamente o desenvolvimento de uma cultura de reflexão.

Neste sentido, o método dos “working discussion groups”/ Grupos de Reflexão e Análise tem precisamente como objetivo formar e apoiar o desenvolvimento de capacidades e práticas reflexivas baseadas na reflexividade nas profissões de cuidados e nas suas organizações de origem.

O MÉTODO PSICANALÍTICO DE DISCUSSÃO DO TRABALHO



A discussão psicanalítica do trabalho é um método que :

- Ajudar os profissionais a desenvolver a capacidade de observar, refletir e aprender com as experiências de ansiedade e as defesas contra ela que são activadas durante a execução das suas tarefas;
- Apoiar práticas inovadoras de serviços e/ou intervenções implementadas pelas organizações, seguindo um modelo que envolva tanto os trabalhadores da linha da frente como os envolvidos na liderança, coordenação e programação.

Os grupos de reflexão e análise realizam-se em pequenos grupos de profissionais homogéneos ou mistos no que diz respeito à organização de origem e/ou ao campo de trabalho. O grupo reúne-se permanentemente por um período prolongado, durante o qual cada um dos participantes traz e apresenta, por sua vez, uma observação por escrito sobre uma situação de trabalho relativa à relação com utentes/pacientes, colegas de trabalho e/ou outras figuras envolvidas (pessoal da própria organização ou de outras organizações com as quais interage, familiares, etc.).

Com base na observação apresentada por um dos membros, é desencadeada uma discussão em grupo, facilitada por um facilitador. A sua tarefa consiste em promover uma experiência de aprendizagem que parta, em primeiro lugar, da situação relatada pelo observador/orador, equilibrando dois tipos de funções:

- uma de tipo protetor/apoio, destinada a criar um clima de suspensão de juízos, a dissolver as dúvidas e a acolher os medos, a favorecer a reflexão e a facilitar o confronto;
- a outra centra-se no incentivo e no estímulo à participação, bem como na criação de um clima de respeito.

A supervisão interna difere da "Discussão de Trabalho" na medida em que é um controlo formal do trabalho no que diz respeito a tarefas, procedimentos e regulamentos. Embora a supervisão possa promover um ambiente respeitoso e comunicativo, a "Discussão de Trabalho" caracteriza-se por uma maior robustez metodológica. De facto, permite uma comparação sistemática de casos, estimulando a participação e o desenvolvimento de um pensamento crítico sobre padrões habituais de ação ou protocolos esperados.

Este tipo de aprendizagem torna-se possível na medida em que o condutor dirige a atenção do grupo para a reflexão sobre a prática, desviando-a da mera acumulação de dados ou informações.

Além disso, através da apresentação de casos concretos, é possível identificar as dificuldades e os fracassos encontrados no próprio trabalho e transformá-los em pontos de partida para a descoberta de novas possibilidades de ação. Por exemplo, os participantes aprendem a tolerar emocionalmente situações de trabalho geradoras de ansiedade, tomando consciência das rotinas defensivas enraizadas na cultura da sua própria organização.

Através deste método, é possível desenvolver ou melhorar uma série de competências:

- aprender a tolerar as emoções que se sentem quando se reflecte e se confronta com situações de trabalho geradoras de ansiedade (medo, angústia, sofrimento, stress, etc.), evitando reacções defensivas e tomando consciência quando estas são desencadeadas ;
- aceitar que não existe uma única forma correta de realizar uma tarefa ou de enfrentar um problema, mas que é necessário construir soluções "à medida" das situações específicas com que se trabalha, especialmente quando estas são particularmente complexas e refractárias à mudança devido às experiências de ansiedade que activam;
- auto-observar-se e refletir sobre o seu próprio trabalho enquanto este é realizado, i. e., "recuar" para o coração da situação e considerá-la de uma perspectiva diferente;
- compreender melhor as situações de trabalho, tendo em conta os elementos emocionais e inconscientes que entram em jogo;
- compreender as teorias e os conceitos psicanalíticos aplicados na prática profissional.

A discussão do trabalho é um método que oferece a possibilidade de transformar criativamente as incertezas e preocupações relacionadas com o trabalho que está a ser realizado em oportunidades de mudança, tanto para o utilizador como para o profissional.

A inovação reside na capacidade de renovação que se verifica cada vez que uma discussão de trabalho é introduzida num contexto de trabalho.

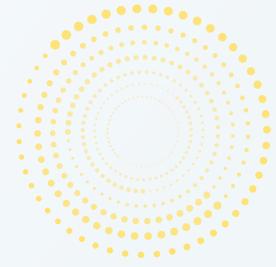
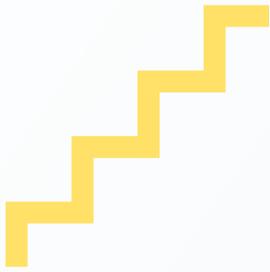
Assiste-se a situações únicas e irrepetíveis, pois é ativado um processo criativo que nunca é idêntico ao anterior.

Este método é inovador, apesar de já ter uma longa história: O DT desenvolveu-se como ferramenta de formação e de prática profissional em diversos contextos desde que passou a fazer parte, de forma sistemática, dos cursos de formação avançada, no final dos anos 60, na Clínica Tavistock, em Londres.

O método discussão do trabalho foi criado para gerir os mecanismos disfuncionais relacionados com a ansiedade, a tensão e o stress nas organizações de saúde, especialmente durante os processos de inovação. Estes mecanismos resultam de desempenhos muito , da aplicação de protocolos padronizados e da falta de apoio, criando condições psicológicas e emocionais que comprometem a qualidade dos cuidados e o bem-estar do pessoal. O método WD responde à necessidade de identificar e abordar estes mecanismos, que muitas vezes não são conscientemente reconhecidos, mas percebidos como problemas técnicos ou práticos.

Isso significa identificar:

- experiências de ansiedade nas profissões de ajuda,
- as reacções defensivas que daí resultam, a nível individual e organizacional
- o seu efeito contraproducente quando os níveis de ansiedade se tornam excessivos, criando resistência à mudança.



OBJECTIVOS E FASES

A discussão psicanalítica do trabalho (DT) é um método que :

- Ajudar os profissionais a desenvolver a capacidade de observar, refletir e aprender com as experiências de ansiedade e as defesas contra ela que são ativadas durante a execução das suas tarefas;
- Apoiar práticas de inovação de serviços e/ou intervenções implementadas pelas organizações, seguindo um modelo que envolva tanto os trabalhadores da linha da frente como os envolvidos na liderança, coordenação e programação.

Nesta perspectiva, a DT pode ajudar a compreender como encorajar os profissionais a passarem dos modos de intervenção canónicos - muitas vezes estruturados como defesas, contra as ansiedades - para novas teorias mais sintonizadas com a realidade e, portanto, mais capazes de responder às necessidades reais dos pacientes.

Estas reuniões não ensinam estratégias específicas de intervenção. Os membros do grupo são encorajados a refletir e a discutir os significados que as diferentes situações de trabalho podem ter e a encontrar formas mais adequadas de as enfrentar.

Os grupos de reflexão e análise (GRA) são conduzidos por um ou dois profissionais, dependendo da necessidade, como no caso de grupos mais heterogêneos ou para uma divisão de trabalho mais ampla.

O método GRA da iniciativa Compass caracteriza-se pela presença de um líder experiente com responsabilidade de liderança, mas também pode ser conduzido por um facilitador ou terapeuta, resultando num GRA menos estruturado e mais terapêutico.

O objetivo das sessões é afinar a percepção e desenvolver a intuição, melhorando a compreensão das interações sociais através de motivações inconscientes, com um processo de treino gradual para aumentar a sensibilidade e a consciência.

O "não dar por isso" é um efeito dos mecanismos de defesa da dor psíquica sentida em si próprio e nos outros. O processo pode ajudar os participantes a tornarem-se mais capazes de lidar com essa dor mais de perto e a aperceberem-se de que não há nenhum especialista suficientemente qualificado para oferecer soluções imediatas para os problemas que os participantes podem enfrentar.

Os grupos-alvo são os gestores de cuidados em serviços de cuidados (residenciais, semi-residenciais e domiciliários). Pode ser alguém com uma qualificação profissional ou uma qualificação adquirida após uma licenciatura em ciências sociais, humanas e /ou da saúde, que ocupe uma posição de gestão intermédia na organização.

O processo desenvolve-se em 3 fases diferentes:

- Observação (participante ou não): as situações são frequentemente escolhidas em função das dificuldades específicas que escondem, para o próprio ou para os outros intervenientes no ambiente de trabalho.
- Registo: elaboração de um relatório detalhado do que foi observado.
- Leitura e discussão em grupo do relatório.

OBSERVAÇÃO



A observação fornece as ferramentas para reconhecer e compreender estados mentais difíceis de identificar. Nos grupos de reflexão e análise, a associação livre é utilizada para expressar impressões, sentimentos e pensamentos não processados, que adquirem significado quando reunidos.

De acordo com Bion, uma boa observação requer a "Capacidade Negativa" (capacidade de permanecer numa questão sem procurar respostas) e a abordagem "Não Saber".

O GRA é uma técnica de desenvolvimento profissional contínuo que enriquece a compreensão existente, orientando o grupo para o pensamento prático dentro da organização.

Por vezes, o grupo é encorajado a "desaprender" em vez de aprender, pelo que se pode observar que esta experiência é desconfortável no início, devido à descoberta de novos elementos de uma área de trabalho em que o empregador era competente até esse momento.

A sugestão é mergulhar emocionalmente na experiência relatada, em vez de ativar uma reflexão mais intelectual sobre ela.

Em conclusão, a observação inclui:

- treinar-se para ter em conta os comportamentos;
- considerar as interações verbais e não verbais;
- não interpretar o que é relatado;
- relatar mesmo o que parece insignificante no momento;
- deixar espaço para a incerteza;
- não acreditar que tem a resposta;
- lembrar-se que há várias formas de fazer as coisas e que não há uma forma correta;
- ouvir também emocionalmente.

REGISTO



Após a fase de observação, é importante transcrever os pormenores observados sem deixar passar demasiado tempo. Se tal não for possível, é aconselhável tomar notas antes de redigir o relatório completo. É essencial respeitar a sequência dos acontecimentos. Escrever, em vez de se limitar a recordar, permite apreender as ligações entre as partes e parar para refletir, mesmo que isso possa ser difícil no início para os participantes que não estão habituados a fazê-lo na prática diária.

Ao escrever um registo do que foi observado durante as sessões, devem ser tidos em conta todos os aspetos que possam ser úteis para estimular a reflexão entre os profissionais. Estes aspetos podem incluir:

- o que chamou particularmente a atenção do grupo
- a reação dos membros e as eventuais ações
- a atitude e o comportamento do grupo
- os esforços envidados
- o que foi falado e como o foi
- quaisquer evitamentos ou sentimentos de desconforto
- a interação entre os participantes

Lembrar que o que parece não ter significado é, no entanto, importante de ser registado.

LEITURA EM GRUPO E DISCUSSÃO DO RELATÓRIO



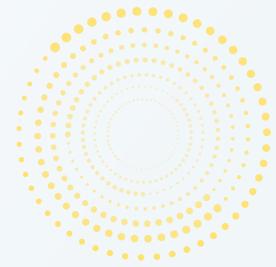
Para facilitar a discussão em grupo e promover a serenidade da partilha, antes do início das atividades do grupo é importante que os seus membros concordem com a natureza confidencial do conteúdo que será discutido. Em vez de fazer um acordo formal, é importante refletir sobre o sentido de manter a confidencialidade. Os participantes são convidados a certificarem-se de que nada do que será partilhado fora do grupo causará embaraço ou será ofensivo para alguém.

Durante as apresentações, é útil encorajar os oradores a partilharem dificuldades ou preocupações para reduzir a resistência em documentar o seu trabalho. A discussão de casos partilhados é um aspeto central dos GRA, e os momentos de discussão livre são úteis para expressar dúvidas, antecipar problemas e discutir soluções.

O grupo de reflexão e análise não é um grupo terapêutico e é importante sublinhar que não existem soluções mágicas para todos os problemas. A função do facilitador, com o apoio dos outros participantes, é ajudar a compreender mais profundamente os significados subjacentes aos comportamentos observados e as componentes emocionais envolvidas, desenvolvendo assim uma capacidade de reflexão mais eficaz sobre o que se passa à superfície, para melhor compreender como se pode intervir.

Podem ser propostos outros métodos diferentes das palavras ou da discussão, mas só podem ser considerados como um estímulo para a partilha e a expressão de pensamentos e emoções, que devem ser sempre o foco dos GRA. Por exemplo, pode-se pensar numa imagem ou numa cor e contar aos outros sobre ela, ou apresentar uma imagem que possa ser discutida pelo grupo. A escrita pode ser utilizada para registar o que vem à mente durante a discussão, de modo a concretizar os pensamentos e as emoções e a ordená-los.





CONDUÇÃO DO GRUPO*

A relação entre o líder e os membros do grupo é fundamental para a aprendizagem. O líder deve ajudar o grupo a compreender o sofrimento emocional comunicado pelo trabalhador e pelo cliente, a ultrapassar as reações defensivas e a compreender como a relação pode gerir positivamente a situação.

O método centra-se na compreensão das causas subjacentes às situações de trabalho e no aumento da consciência das experiências emocionais que desencadeiam as reações.

Durante as sessões, é muito importante concentrar-se em explorar não só a sua própria experiência a nível pessoal e emocional, mas também o seu papel como profissional e o seu papel dentro da organização. Este é um passo fundamental para alargar a consciência de si próprio como parte do sistema organizacional e das influências que este pode ter no seu trabalho.

O processo de aprendizagem pode inicialmente parecer confuso, uma vez que não são ensinadas técnicas, mas estimula uma reflexão mais profunda sobre a prática.

A redação do trabalho apresentado é geralmente suficiente, mas o grupo pode sentir-se perturbado ao reconsiderar o que era anteriormente considerado como certo.

Para permitir o sucesso dos GRA, é necessário sublinhar que o objetivo do método é criar um ambiente em que seja possível libertar-se da pressão de ter de ter um bom desempenho e de ser eficiente, trabalhando para a construção de uma abordagem reflexiva e sem juízos de valor em relação a si próprio e aos outros membros do grupo.

*Bradley, Jonathan (2008) The work discussion seminar. A learning environment. In: Work discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. The Tavistock Clinic Series . Karnac Books, London, pp. 22-37. ISBN 1855756447, 9781855756441

Os conhecimentos adquiridos sobre a dinâmica inconsciente vão para além da apresentação específica e do seu tema e permitem que os membros tenham uma experiência de aprendizagem memorável que pode ser aplicada a muitas outras situações. É comovente testemunhar um momento em que o *insight* é obtido pelo grupo como um todo. Mas esta não é a única possibilidade - por vezes, um ou dois membros destacam-se em termos da sua capacidade de introspeção. Noutras ocasiões, um membro será deixado para trás e terá dificuldades emocionais, levando a um sentimento de ansiedade no grupo como um todo. E, claro, pode haver um movimento contra a nova aprendizagem em todo o grupo, com o qual o líder da sessão tem de lidar.





DICAS PARA REPLICAÇÃO

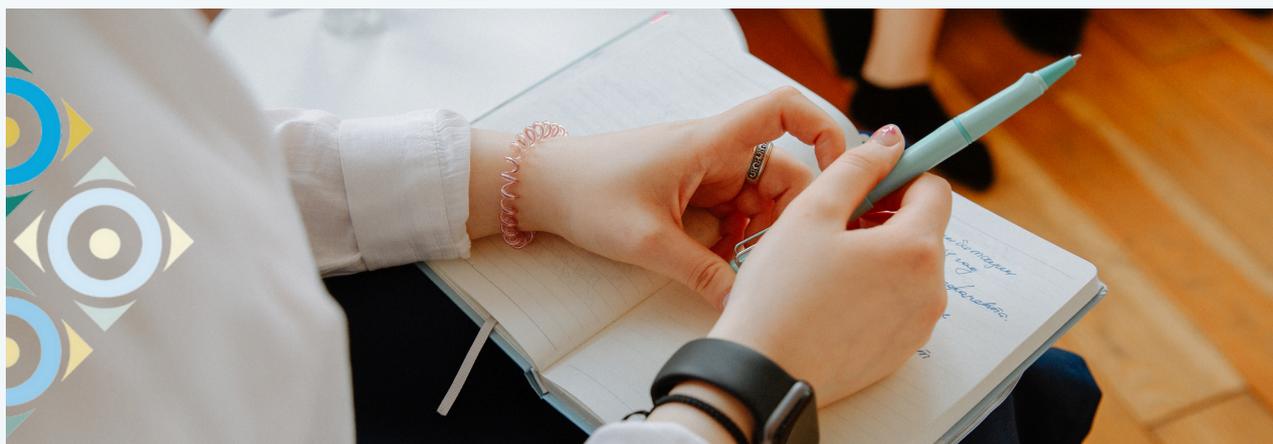
Embora o cerne dos Grupos de Reflexão e Análise (GRA) seja a interação e os resultados alcançados durante a própria implementação do grupo, é também crucial refletir sobre as condições e o contexto do grupo.

O modelo Compass, baseado no método dos “working discussion groups”, foi testado e validado durante 6 meses através de 12 sessões de 2 horas cada, de 2 em 2 semanas. Foi planeado e testado um modelo adaptado, mantendo o mesmo modelo e envolvendo 2 grupos separados que se reuniram durante 6 meses através de 6 sessões mensais de 2 horas cada.

Em ambos os casos, a estrutura do programa foi a seguinte:

- Primeiros 1-2 encontros dedicados ao aprofundamento do método proposto, inspirado no método;
- Reuniões centrais dedicadas ao trabalho com casos fornecidos pelo apresentador (que também podem incluir estímulos como vídeos significativos);
- Reuniões subsequentes dedicadas à partilha voluntária de casos pelos participantes;
- Últimos 1-2 encontros dedicados à restituição e discussão em grupo da experiência.

Ambos os modelos produziram resultados positivos, mas para iniciar grupos baseados no modelo Compass, é crucial considerar aspetos logísticos e organizacionais, como o agendamento, a duração, a participação voluntária, a dimensão do grupo e a confidencialidade. Negligenciar estes aspetos pode comprometer a participação, o envolvimento e a sustentabilidade do grupo.



GESTÃO DE TEMPO



Um dos fatores decisivos a ter em conta é a gestão do tempo, ou seja, a hora, os dias das sessões, a duração de cada sessão, a duração total do percurso do GRA. A regra geral é escolher dias e durações compatíveis com os compromissos dos participantes. Se não se tiver em conta este aspeto, o envolvimento e a sustentabilidade da participação numa base consistente estarão em risco.

Neste sentido, pode ser útil incluir o tempo para as sessões do GRA no horário de trabalho, como se faz geralmente com a supervisão, de modo a motivar a participação. Em alternativa, podem ser organizadas antes ou depois dos turnos de trabalho. Consoante a duração das sessões, pode ser considerada a possibilidade de realizar o GRA durante uma pausa, se o horário de trabalho o permitir.

A duração das sessões pode variar entre 30/45 minutos e 2 horas, mas idealmente não deve ser inferior a 1 hora para promover a coesão e a confiança mútua. Se esta duração não for possível, os grupos de reflexão podem ser eficazes se forem bem organizados. No caso de sessões mais curtas, é útil planear uma frequência mais elevada (semanal ou quinzenal) e envolver os membros em funções de liderança. Se as sessões forem menos frequentes (de três em três semanas ou mensalmente), é importante que durem pelo menos 1,5-2 horas.

LOCAL DA SESSÃO



Os grupos podem reunir-se em qualquer lugar, mas é importante ter em conta que alguns locais podem ter significados diferentes e afetar o conforto dos membros. A composição do grupo e a escolha dos locais podem afetar o sucesso do grupo, pelo que devem ser escolhidos cuidadosamente.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA OU DE CARÁCTER OBRIGATÓRIO



Idealmente, a participação nos grupos de reflexão deve ser voluntária, por parte do pessoal que se presume ter compreendido o valor deste tipo de atividade. Isto pressupõe que os gestores sejam capazes de transmitir a importância da prática dos GRA e que o pessoal confie nas figuras de coordenação. De facto, antes de iniciar os grupos, pode ser útil acompanhar os membros do pessoal da organização na aquisição de consciência e compreensão dos fatores e comportamentos emocionais que afetam a prestação de cuidados. Neste sentido, é importante sublinhar que, independentemente dos resultados, o objetivo é estimular a reflexão sobre a prática, a fim de tentar compreender o que está realmente a acontecer, “abaixo do que pode ser percebido à superfície”.

TAMANHO DO GRUPO

Para ser bem sucedido, um Grupo de Reflexão e Análise deve ter um mínimo de 4 e um máximo de 10 participantes. Os grupos grandes dificultam a participação ativa de cada membro, e o risco adicional seria a perda de motivação e o abandono do grupo. Por outro lado, em grupos demasiado pequenos, os membros podem sentir-se demasiado pressionados para não faltarem ou para trazerem mais situações para discutir. O risco de um grupo demasiado pequeno é, de facto, o sentimento de que são eles que servem o grupo e não o contrário.

REGRAS PARA O RESPEITO DA CONFIDENCIALIDADE

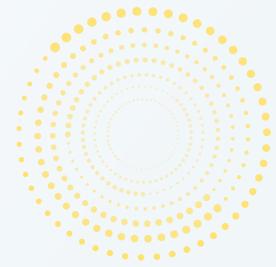
No início de um grupo, é importante chegar a acordo sobre a natureza confidencial do conteúdo que está a ser discutido. Em vez de assinar um acordo formal de confidencialidade, pode ser mais eficaz refletir sobre o que significa respeitar este princípio. É crucial evitar a partilha de informação fora do grupo que possa comprometer ou prejudicar alguém, ao mesmo tempo que se encoraja a disseminação da aprendizagem de uma forma responsável.

Neste sentido, pode também útil explorar os receios dos participantes no que diz respeito às repercussões do que é partilhado (por exemplo, o receio de que algo possa ser comunicado a gestores ou profissionais superiores). Os participantes poderiam ser tranquilizados quanto ao facto de apenas os temas gerais que surgirem poderem ser partilhados com os gestores, sem entrar em pormenores sobre os contributos individuais dados. O que será partilhado com os gestores pode ser previamente acordado com os participantes no grupo.

MÉTODOS DE TRABALHO

Embora o método recomendado seja o de uma rotação para a apresentação dos casos, pode ser necessário ajudar a pessoa em serviço a redigir o seu caso, descrevendo em pormenor as preocupações e dificuldades relativas à situação de trabalho. Este acompanhamento pode favorecer o exercício e o desenvolvimento de competências de reflexão.

Outro método de trabalho poderia ser uma discussão em grupo sobre os tópicos a começar, em vez de uma ordem exata de apresentações. O grupo pode então começar com uma discussão aberta, em que cada pessoa relata as suas dificuldades ou preocupações específicas no trabalho e, em seguida, decide em grupo por que tema ou questão começar.



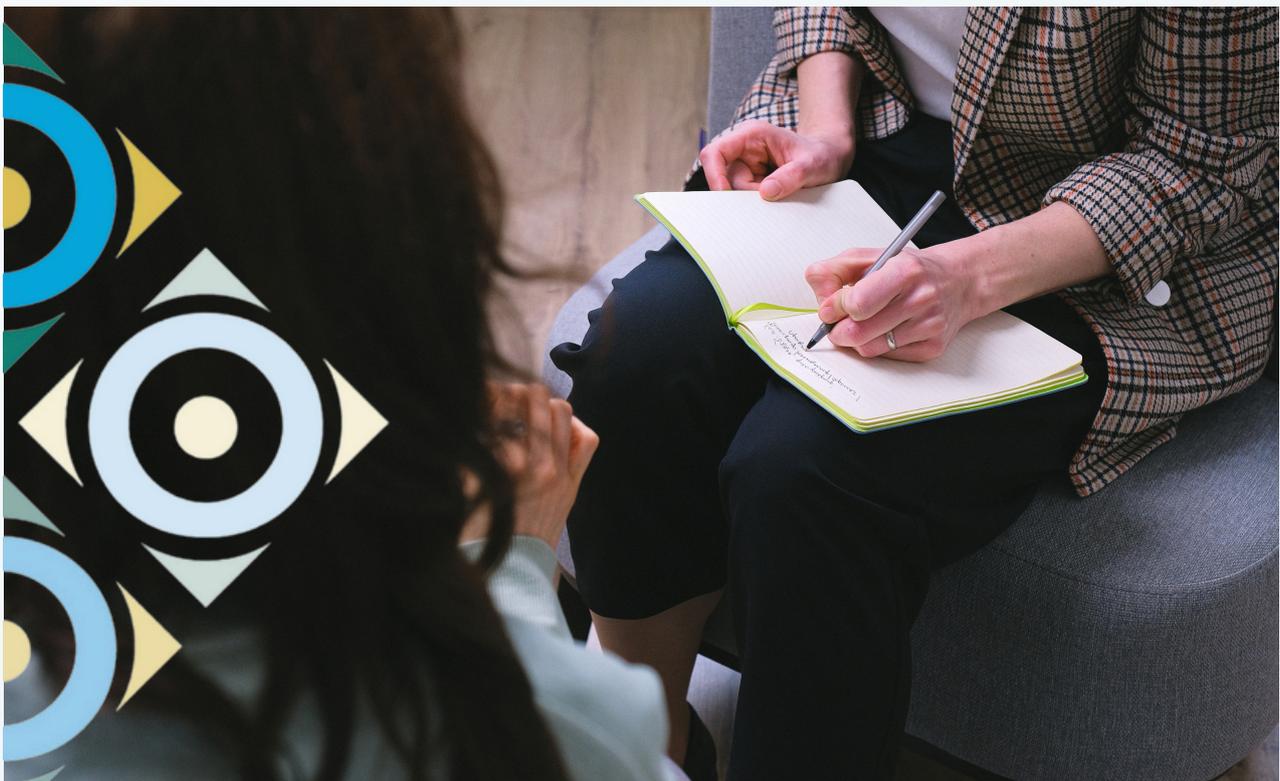
IDEIAS PARA CONSTRUÇÃO DOS CASOS DE ESTUDO

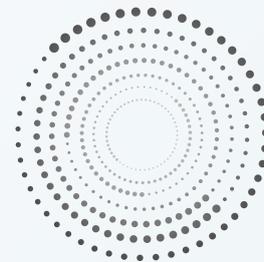
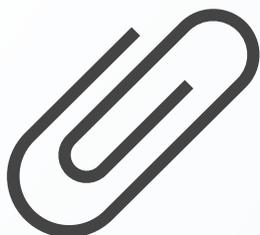
A fim de apoiar os participantes nos Grupos de Reflexão e Análise com base no modelo Compass, os facilitadores podem dar algumas ideias para o desenvolvimento dos casos a apresentar ao grupo.

Alguns exemplos são:

- Dilemas éticos
- Problemas no seio do pessoal (por exemplo, discussões, relações, problemas de comunicação, etc.)
- Relações com os familiares dos utentes/doentes
- Alterações pré-pós-Covid-19
- Motivação e empenho do pessoal
- Autonomia vs. controlo

Estas áreas podem ser partilhadas e discutidas no seio do grupo, a fim de recolher feedbacks e partilhar outras ideias.





ANEXO 1 - EXEMPLO DE CASO PARA O GRA E CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO

***ESTUDO DE CASO INSPIRADO POR:
O SEMINÁRIO DE DISCUSSÃO NO TRABALHO - UM AMBIENTE DE
APRENDIZAGEM.***

JONATHAN BRADLEY*

Caso: Lidar com a insuficiência renal

Um membro do grupo, uma enfermeira geriátrica, apresentou o caso de Eva, uma senhora idosa que teve de lidar com as terríveis consequências de um diagnóstico tardio de meningite. Para além de sofrer de insuficiência renal crónica, devido à forma como o sistema do corpo redirecionou o fluxo sanguíneo, Eva teve de amputar ambas as pernas ao nível dos joelhos, perdeu as pontas dos dedos de uma mão e todos os dedos da outra mão, exceto o polegar. Foram realizados enxertos de pele retirados do abdómen e também cirurgias para ajudá-la a evacuar e urinar. Apesar de tudo isso, Eva conseguiu frequentar o centro social e realizar tarefas diárias simples, cultivando relações com amigos e familiares. Não é necessário descrever o impacto profundo que este relato teve no Grupo de Discussão de Trabalho. Houve uma sensação de incredulidade de que alguém pudesse ter a vida tão tragicamente virada do avesso. Como grupo (e incluo-me a mim próprio), esforçamo-nos por obter informações sobre insuficiência renal, aprendendo sobre as diferentes técnicas utilizadas para substituir a função renal. Esta busca por informação proporcionou ao grupo a oportunidade de se tornar "aprendizes comuns" num momento muito difícil, em que era extremamente complicado colocar-se no lugar da condição trágica apresentada pela senhora. Contudo, este processo de nos educarmos não foi suficientemente poderoso para conter todos os nossos sentimentos. Por exemplo, foi mencionada uma consequência da diálise: o facto de ser permitido ao paciente consumir pouquíssimo líquido. Na verdade, os pacientes têm de se habituar a sentir-se "desidratados" constantemente e frequentemente sofrem de fortes dores de cabeça, enquanto o corpo protesta contra um regime tão rigoroso. Embora, naturalmente, exista uma diferença enorme entre ouvir este relato num seminário e vivenciar o impacto de estar numa ala de nefrologia, houve, ainda assim, uma comunicação poderosa sobre como seria ter o acesso à água restringido desta forma.

*Citação original: Bradley, Jonathan (2008) The work discussion seminar. A learning environment. In: Work discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. The Tavistock Clinic Series . Karnac Books, London, pp. 22-37. ISBN 1855756447, 9781855756441

A resposta foi somática em vez de reflexiva. Pequenas garrafas de água trazidas para o Seminário como refresco (o equivalente a um dia de fornecimento para um paciente renal) foram procuradas nas malas e apalpadas para conforto, e houve várias idas à casa de banho. De repente, uma forma primitiva de lidar com uma situação dolorosa assumiu o centro das atenções, sendo a resposta somática o preço a pagar pela luta do grupo em responder de forma atenta e emocionalmente presente a este cenário doloroso. Como Líder do Seminário (conductor), lembro-me de sentir uma enorme preocupação por eles e de questionar se lhes estava a ser pedido que lidassem com demasiado. Os acontecimentos provaram que estava a ser demasiado ansiosa em relação a eles, já que, após um breve intervalo para beber água, houve um regresso determinado à tarefa.

O seguinte é um relato de uma noite de trabalho no turno da noite com a Eva. A apresentadora constatou, ao iniciar o turno, que a Eva tinha pedido à enfermeira para ver vídeos com ela durante a noite, antes de outra operação séria.

Um número de tarefas com outros pacientes tinha de ser realizado antes que pudesse ir ter com a Eva.

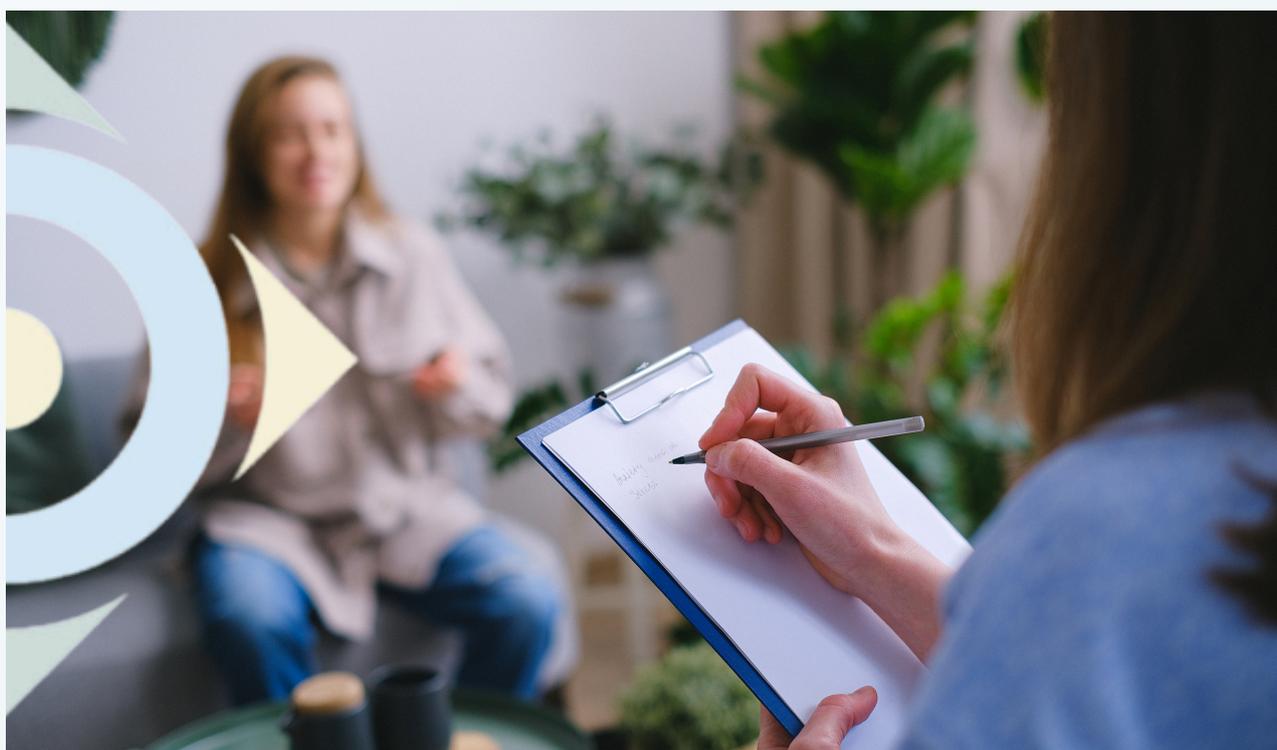
- *Eva levantou-se, e fomos até ao armário. Perguntei-lhe que tipo de filmes ela gostava. Ela encolheu os ombros em resposta. Então, escolhi títulos de vídeos aleatoriamente e sugeri-os para a sua escolha. Depois de algumas sugestões, Eva perguntou-me o que eu queria ver. Respondi que, desde que não fosse assustador, eu veria com ela. Finalmente, escolhemos cerca de cinco filmes e voltámos para o quarto dela. Eva escolheu "Rain Man" para vermos, e eu coloquei o filme. Ela tirou as pernas protéticas e coçou a perna direita, onde tinha um curativo. Perguntei-lhe se estava tudo bem, e ela disse que sim. Assistimos cerca de 20 minutos, e então Eva decidiu que era aborrecido, por isso mudei para "Annie Hall", de Woody Allen.*
- *Eva perguntou se podia beber um sumo de fruta em vez de água simples.*
- *Ela ia fazer uma cirurgia gastrointestinal, o que exigia que ficasse 24 horas sem comer e apenas ingerisse líquidos claros até às 10h30 da manhã do dia da cirurgia. Confirmei com a enfermeira responsável e trouxe-lhe um copo de sumo de laranja. No tempo que levei para fazer isso, ela já tinha decidido que esse filme também era aborrecido. Então, mudámos para o filme "Thelma & Louise". Assistimos a alguns minutos, e a campainha tocou.*
- *Voltei para junto da Eva, que tinha colocado o cateter suprapúbico em drenagem livre, como era sua rotina habitual. Ela estava a coçar os braços e o abdómen. Perguntei se estava tudo bem, e ela disse que estava com alguma comichão. Sugeri que era hora de tomar a medicação, mas ela preferiu esperar um pouco mais. Então, continuámos a assistir ao filme.*
- *Depois, ela iniciou uma conversa.*

- *Eva: Vai doer o que eles vão fazer amanhã?*
- *Enfermira (E): Não sei muito sobre a cirurgia, mas como é no abdómen, acho que vai doer um pouco. Mas tenho a certeza de que te vão dar algo para aliviar a dor, como morfina.*
- *Eva: O que é a morfina?*
- *E: É um medicamento para alívio da dor que podemos administrar por via oral ou através de uma cânula. Também podes carregar num botão quando sentires dor e receber uma dose. Chama-se PCA, que é controlado por ti.*
- *Eva: E para ir à casa de banho depois?*
- *E: Queres dizer quando fores evacuar?*
- *Eva: Sim.*
- *E: Bem, vai demorar algum tempo até que consigas fazer isso, mas não sei ao certo.*
- *Eva: Mas o que achas?*
- *E: Bem, acho que não deve doer porque não creio que vão mexer em nada nessa área. Acho que só vão mexer no teu estômago.*
- *Eva: Quando posso comer?*
- *E: Talvez no dia seguinte à cirurgia.*
- *Eva: O quê? Vou ficar dois dias sem comer. Isso não vai acontecer. Vou comer. Não quero saber do que digam.*
- *Nesse momento, achei melhor recuar e tranquilizá-la, já que estava a supor.*
- *E: Bem, eles vão mexer no teu intestino, que faz parte do teu sistema digestivo, e isso vai afetar quando podes comer.*
- *Eva: Mas isso tem a ver com evacuar, não com comer.*
- *E: Bem, está tudo ligado desde a boca até ao ânus.*
- *Eva: Sabes que isso tem quase um quilómetro de comprimento. Um quilómetro inteiro, tudo aqui dentro. (Apontou para o estômago.)*
- *E: Tens razão nisso. Como é que a pessoa que te pediu o consentimento não te explicou o procedimento?*
- *Eva: O médico que veio foi rude e desagradável.*
- *E: Isso não é justo contigo. Ouve, vou mencionar na troca de turnos que o cirurgião precisa de falar contigo antes do procedimento para que possas fazer as tuas perguntas. E alguém de nós pode estar contigo, se ajudar.*
- *Eva: OK.*
- *Eva pediu-me para trazer os pijamas da sorte dela. Fui buscar, e depois pedi-lhe para tomar a medicação, pois estava a coçar-se com mais intensidade. Ela sentou-se, colocou cerca de oito comprimidos de uma vez na boca, bebeu um pouco de água e engoliu tudo.*

OBSERVAÇÃO DO DEBATE DA DISCUSSÃO DE TRABALHO

O caso é uma mistura comovente de perguntas que são angustiantes na sua simplicidade e uma rotina destinada a tranquilizar e a permitir a realização de procedimentos difíceis. Durante a discussão, surgiram muitos pormenores sobre a vida no hospital. Alguns procedimentos tinham de ser efetuados pelos cirurgiões e isso implicava mandar um doente para fora da enfermaria. Que lugar haveria para ansiedades como, por exemplo, onde ficaria uma cicatriz devido à passagem do sangue pela máquina de diálise? Seria abaixo do decote ou acima do cotovelo, de modo a ficar escondida? O que pensar das opiniões eventualmente divergentes entre o pessoal médico, a senhora e os seus familiares? Seria perigoso reconhecer que esta poderia ser uma questão importante a discutir, dada a qualidade de vida ou morte do trabalho na enfermaria? Por exemplo, era muitas vezes escolhido um local no braço abaixo do cotovelo para a ligação à máquina de diálise durante a operação, de modo a que, se ficasse infetado, fosse possível inserir outro acima do cotovelo. O preço a pagar por um fracasso seria muito elevado.

Parecia possível que estas perguntas simples, mas desoladoras, estivessem a ser evitadas, uma vez que as consequências de tentar dar uma resposta revelariam outras questões para Eva, tais como "Como é que eu perdi membros, continência, a possibilidade de uma vida sexual por causa de um atraso no diagnóstico correto de uma dor de cabeça? Estavam a ser feitos enormes esforços para manter Eva viva e motivada para viver. Parecia haver uma linha muito frágil entre apoiar os seus esforços para sair de um estado de abstinência da vida e permitir-lhe exprimir algo da sua dor e raiva pelo que tinha acontecido, com todas as suas terríveis consequências.

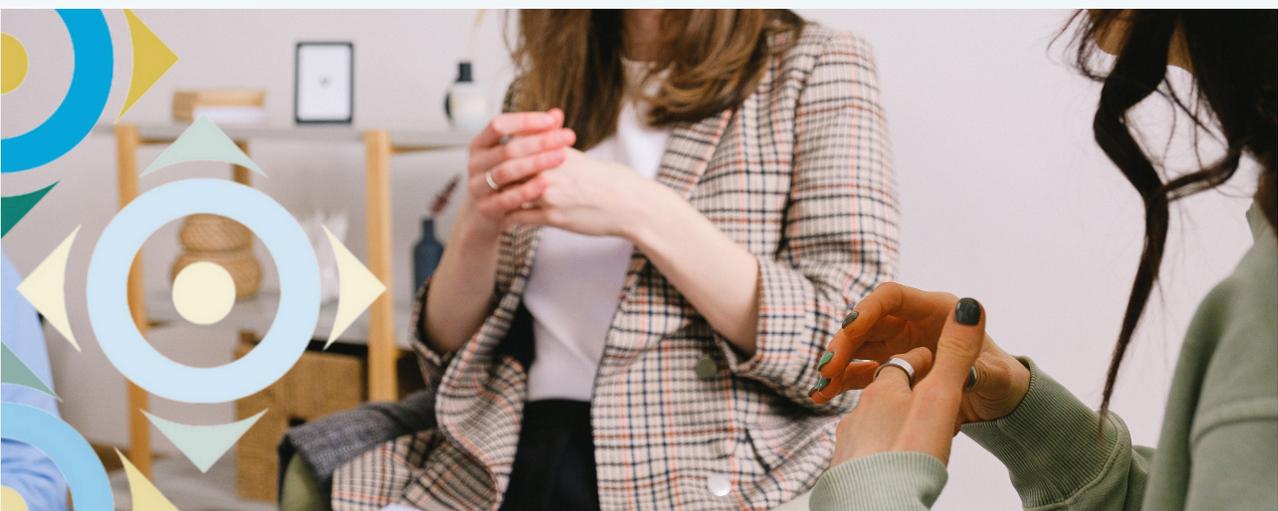


Ficou claro para mim que havia, por vezes, uma enorme tensão na sala do seminário. O grupo estava angustiado por fazer parte de um drama de vida e morte que se desenrolava por trás de uma cena caracterizada por uma sucessão de trivialidades. Como poderiam os factos de uma amputação bilateral, a perda de dedos, a inserção de cateteres e a ansiedade em relação à operação iminente ser reconciliados com a imagem da senhora dedicada ou com o pedido aparentemente insignificante de sumo de laranja em vez de água simples? Parecia tornar-se gradualmente claro que, enquanto os membros do grupo seguiam a banalidade da conversa, sentiam-se prestes a explodir com a intensidade da tragédia. Havia uma sensação de estarem a ser solicitados a suportar algo que parecia ausente das trocas quotidianas na enfermaria. Por que razão havia tamanha disparidade entre as circunstâncias dolorosamente agudas do paciente e as reações contidas dos funcionários do hospital, que lidavam de forma tão pragmática com esta situação trágica? Um desequilíbrio semelhante parecia observável dentro do próprio seminário, particularmente na interação entre a apresentadora e o restante grupo. Durante algum tempo, o diálogo foi difícil, e parecia que a apresentadora sentia a necessidade de defender a boa reputação do hospital e de se agarrar a uma definição rígida do seu trabalho.

O meu dilema era que, embora estivesse consciente da impaciência, e até mesmo do desespero, do grupo do seminário para que algo interpretativo fosse dito à Eva, sentia uma grande simpatia pela situação da sua enfermeira, que claramente se sentia desconfortável por não conseguir expandir o seu papel. Na verdade, lembrei-me fortemente de uma situação semelhante que encontrei ao realizar um trabalho de consultoria com enfermeiras de uma enfermaria de hospital onde havia várias pessoas muito doentes e idosas, muitas das quais não recuperavam. Senti-me grato pela forma como essa situação surgiu na minha mente quando me sentia bastante dividido entre pontos de vista opostos e sem conseguir ver uma forma clara de avançar na discussão. Vou descrever o que me recordei.

- *A minha consulta tinha sido organizada pelo Consultor Médico, que considerava que as enfermeiras beneficiariam de um espaço regular para*
- *falar e refletir sobre as situações angustiantes que tinham de enfrentar. Fiquei muito impressionado com a qualidade do trabalho realizado, mas,*
- *desde o início, ficou evidente que havia um sentimento de ambivalência no grupo. O grupo não conseguia nem comparecer regularmente nem*
- *descrever o seu trabalho quando solicitado a fazê-lo. As apresentações eram geralmente verbais, e vários apresentadores afirmaram que não se*
- *sentiam capazes de se sentar e escrever sobre o que tinha acontecido. Sentiam que o que acontecia na enfermaria já era suficientemente terrível, e*
- *que escrever sobre isso seria convidar sentimentos indesejados a voltarem, quando tudo o que queriam era esquecer.*
-
- *Isto foi ilustrado de forma marcante por uma enfermeira que descreveu um momento perturbador passado com um homem idoso, que sofria os efeitos de um cancro agressivo. Enquanto estava sentada com ele, deu por si a desejar que o homem morresse. O pessoal médico parecia ter um ponto de vista diferente.*

- *De facto, o estado deteriorado do homem estava a pressioná-los a tomar novas ações, ao obterem a permissão dos familiares para administrar um medicamento recentemente desenvolvido, na esperança de que ele pudesse interromper o progresso inexorável do câncer. A intervenção não teve sucesso, e o homem faleceu às 3 horas da manhã. A enfermeira que estava a apresentar estava claramente muito perturbada com os sentimentos que sentiu nesse momento. Ela continuou dizendo que era manhã de Natal, e que estava de serviço três horas depois. De facto, algum tempo antes, ela tinha-se oferecido para ser o Pai Natal e viu-se a forçar os 'Ho, Ho, Ho's' para fora da sua boca, enquanto o resto de si estava 'no mesmo lugar que o homem' (palavras dela).*
- *Em outras palavras, sentindo que a vida tinha acabado. Mais tarde nesse dia, para sua surpresa e subsequente embaraço, ela ficou extremamente irritada com os familiares de outra pessoa que lhe tinham reclamado que um dos televisores do hospital tinha uma receção muito fraca, e isso estava a estragar o seu programa favorito. Ela ficou tão irritada com eles por aquilo que considerava ser egoísmo, que mal conseguiu esperar até ao final do seu turno, momento em que fez 'kick-boxing' para se libertar daquela raiva. Quando terminou o seu relato, a maioria do grupo acenou com a cabeça em sinal de assentimento. Eles esperavam claramente que eu contestasse a ideia de que os eventos que são muito perturbadores precisam de ser expulsos, em vez de processados. Senti-me desafiado a defender a decisão de convocar uma reunião sobre o trabalho deles, e senti que, a menos que a defesa surgisse dentro do próprio grupo, isso seria o fim.*
- *As palavras dela, profundamente sentidas, moveram todo o grupo. Depois disso, encontrei-me a pensar nas diferentes respostas à apresentação, uma para se defender do sofrimento emocional e a outra a abraçar esse sofrimento como um preço necessário para se manter em contacto com o que realmente importa, sem o qual se corre o risco de se cortar dos próprios sentimentos.*



Esta digressão, espero eu, terá servido para ilustrar a situação que encontrei no seminário ao considerar o material da Unidade Renal. A posição da apresentadora era complexa. Uma das preocupações era como gerir a rotina da morte na enfermaria e, ao mesmo tempo, como ajudar os doentes a seguir com as suas vidas, independentemente da gravidade da sua doença e lesões. Como consequência, a menor indicação de um doente de que desejava ter um futuro tendia a ser aproveitada.

Mas e a resposta do grupo do seminário a este cenário? Houve uma poderosa realização dentro do grupo de que estavam, de facto, em contacto com um sentido bastante apropriado de tristeza e desespero, sentimentos que não podiam ser facilmente expressos por Eva ou pelas enfermeiras na enfermaria. Foi neste ponto que os termos que eu tinha mencionado na discussão, como 'evacuação', 'projeção' e 'divisão', ganharam um significado muito diferente. O grupo tinha experienciado algo emocionalmente profundo.

Eles foram capazes de aplicar conceitos psicanalíticos ao seu entendimento de forma experiencial. Ficou bem claro que aprender dessa forma era bastante diferente de apenas aprender sobre algo, como se fosse meramente um processo descritivo.

A percepção do grupo sobre as grandes forças desencadeadas por tais tragédias permitiu alargar horizontes e considerar outras questões. Foi possível, por exemplo, considerar algumas questões institucionais mais amplas. A intervenção terapêutica na ala deveria ser considerada apenas como uma opção formal de encaminhamento ou seria possível pensar nas necessidades emocionais dos pacientes de uma forma menos formal e em um contexto mais cotidiano? Esta questão levou a uma discussão profunda sobre que tipo de comentário poderia ser feito na ala e a uma maior compreensão da importância das relações contínuas no contexto da ala.



Em última análise, a própria apresentadora sentiu-se suficientemente apoiada pelo ambiente do Seminário para levantar as seguintes questões gerais sobre a prática:

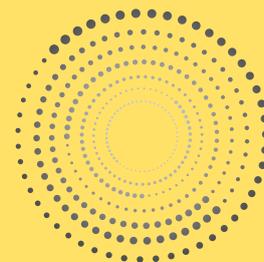
- **Por que cuidar de uma pessoa doente, seja idosa ou jovem, torna difícil olhar para além das necessidades físicas?**
- **Por que é difícil organizar uma equipa, comunicar de forma eficaz e ouvir?**
- **Como se ajuda uma pessoa a compreender a sua própria mortalidade?**
- **São os limites do papel de um enfermeiro o verdadeiro obstáculo a permitir algum pensamento/conversa para além dos problemas físicos que requerem cuidados?**
- **Será a falta de tempo ou o medo do que pode ser dito ou revelado que torna difícil começar a falar sobre as questões emocionais e psicológicas?**

Estas questões estavam relacionadas com outros pontos de reflexão explorados no seminário:

- O efeito de trabalhar em um ambiente de alta pressão e elevada exigência.
- Lidar com a vida e a morte todos os dias.
- A dificuldade em fornecer apoio emocional real, permitindo espaço para os pacientes e os familiares.
- Um ambiente muito focado nas questões fisiopatológicas, com comparativamente pouco tempo investido na vertente psicológica ou emocional do cuidado dos pacientes.
- Falta de recursos fora do hospital para a continuidade do apoio após a alta do paciente.

Será evidente a amplitude das questões com que os membros do seminário se poderão debater gradualmente em resposta a esta apresentação específica.





? **E se os participantes tiverem relutância em partilhar desafios pessoais?**

- ✓ Comece por discutir temas menos pessoais ou casos gerais. Com o passar do tempo, reforce a confiança e a confidencialidade para criar um espaço seguro onde os participantes se sintam à vontade para partilhar.

? **Os GRA podem ser conduzidos eficazmente online?**

- ✓ Sim, os GRA online podem ser muito eficazes. Utilize funcionalidades interativas, como salas de grupos pequenos e chat, para envolver os participantes, e considere enviar lembretes antes das sessões garantir que todos se sintam conectados.

? **O que devo fazer se os debates se centrarem demasiado nas soluções em vez de na reflexão?**

- ✓ Redirecionar suavemente, lembrando aos participantes que os GRA têm a ver com a exploração de emoções e dinâmicas subjacentes. Faça perguntas que levem à reflexão sobre sentimentos, perspetivas e implicações mais amplas, em vez de soluções diretas.

? **Como é que se pode manter a continuidade entre as sessões?**

- ✓ Comece cada sessão com uma rápida recapitulação dos debates anteriores ou das principais ideias e incentive os participantes a refletirem sobre a forma como aplicaram as reflexões anteriores. Isto reforça um processo de aprendizagem contínuo.

? **Como é que os conflitos de horários podem ser minimizados para garantir uma presença consistente?**

- ✓ Considere a disponibilidade dos participantes ao definir o horário e ofereça opções flexíveis, como gravações ou notas de sessão. Se possível, combine um horário consistente para promover a rotina e o compromisso.



MATERIAIS ADICIONAIS

SITE COMPASS

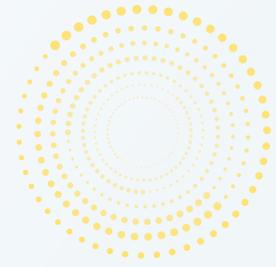
PACOTE DE FORMAÇÃO- CUIDADOS CENTRADO NA PESSOA:
LIDERE A MUDANÇA

BENEFÍCIOS DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO
DE TRABALHO

COMUNIDADE DE BOAS PRÁTICAS

COMUNIDADE DE BOAS PRÁTICAS - 1º SESSÃO
GRAVAÇÃO





REFERÊNCIAS

- Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass Publishers.
- Beck, U. (1986). *La società del rischio*. Carocci.
- Bradley, Jonathan (2008) *The work discussion seminar. A learning environment*. In: *Work discussion. Learning from reflective practice in work with children and families*. The Tavistock Clinic Series . Karnac Books, London, pp. 22-37. ISBN 1855756447, 9781855756441
- Gorman, H. (2003). Which skills do care managers need? A research project on skills, competency and continuing professional development. *Social Work Education*, 22(3), 245-259. <https://doi.org/10.1080/0261547032000083441>
- Jaques, E. (1953). *On the dynamics of social structure: A contribution to the psycho-analytical study of social phenomena deriving from the views of Melanie Klein*. Human Relations.
- Menzies Lyth, I. (1989). *Day care of children under five: An action research study*. In *The dynamics of the social: Selected essays (Vol. 2)*. Free Association Books.
- Miller, E. J. (1976). *Task and organization*. Free Association Books.
- Morciano, D. (2020). *Osservazione, riflessività e apprendimento nelle professioni d'aiuto: Esperienze di work discussion*. FrancoAngeli.
- Orellana, K. (2009). *Care home managers: A scoping review of evidence*. NHS School for Social Care Research or the Department of Health. Available at: <https://www.sscr.nihr.ac.uk/PDF/ScopingReviews/SR8.pdf>.



Parceiros da Iniciativa



Projeto número:2022-1-IT01-KA220-VET-000085084

Financiado pela União Europeia. No entanto, os pontos de vista e opiniões expressos são da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es) e não refletem necessariamente os da União Europeia ou da Agência de Execução relativa à Educação e à Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser responsabilizadas pelos mesmos.