**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**
**SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**MARIANA OLIVEIRA TAVARES**
**ORIENTADOR: MARCELO RODRIGUES GONÇALVES**
**COORIENTADORA: CAMILA GIUGLIANI**

# Grupo de mulheres: o desenvolvimento de habilidades de facilitação e a geração de uma dinâmica de grupo promotora de saúde

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

**PORTO ALEGRE**
**JANEIRO 2023**

CIP - Catalogação na Publicação

Tavares, Mariana Oliveira
Grupo de mulheres: o desenvolvimento de habilidades de facilitação e a geração de uma dinâmica de grupo promotora de saúde / Mariana Oliveira Tavares. -- 2023.
19 f.
Orientador: Marcelo Rodrigues Gonçalves.

Coorientadora: Camila Giugliani.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Atenção primária em saúde. 2. Prática de Grupo. 3. Mulheres. 4. Ação Comunitária. 5. Educação em Saúde. I. Gonçalves, Marcelo Rodrigues, orient. II. Giugliani, Camila, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**RESUMO**

A realização de grupos é uma das ações das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Este tipo de intervenção possibilita desenvolvimento de ações que extrapolam as consultas individuais como único espaço de cuidado, propiciando educação em saúde, integração, troca de experiências e aumento da rede de apoio[1]. Ainda que estes grupos não tenham necessariamente o propósito de ser terapêutico em termos de saúde mental, apresentam-se como espaços de construção de promoção de saúde e prevenção de agravo. Dias, Silveira e Witt[2] referem que a alternativa dos grupos como uma prática assistencial gera um aprimoramento para todas as pessoas envolvidas - usuários e profissionais - na medida em que possibilita colocar em evidência os saberes da comunidade, abrindo a possibilidade de que as intervenções em saúde sejam criadas em coletivo. O objetivo do presente estudo é analisar o processo de desenvolvimento da habilidade de facilitação de grupos e os impactos das habilidades adquiridas na dinâmica do mesmo, bem como na sua efetividade como ferramenta de produção de saúde, considerando as habilidades e competências da Medicina de Família e Comunidade. Trata-se de pesquisa qualitativa desenvolvida na UBS Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os encontros aconteceram semanalmente pelo período de uma hora durante seis meses e a ferramenta utilizada para acompanhamento do desenvolvimento da habilidade de facilitação se deu pelo instrumento Observação Estruturada[3], baseado em cinco competências básicas para facilitação de grupos[3]. A dinâmica estabelecida consistiu na determinação de uma profissional facilitadora e outra observadora, que registrou as intervenções realizadas, sendo esses papéis invertidos a cada encontro. Quinzenalmente os dados eram analisados, sendo feito reflexões e sugestões para melhoria das intervenções. Cada competência descrita na ferramenta utilizada teve como resultado o desenvolvimento de habilidades primordiais para o funcionamento do grupo. Um dos maiores indicadores do êxito em alcançar as habilidades desejadas ocorreu pela observação de intervenções cada vez menos necessárias, tomando as participantes os papéis de protagonistas e responsáveis pelo desenvolvimento do grupo, questionando, produzindo e obtendo saúde. Logo, a utilização de um instrumento de observação e reflexão das competências do agente atuante como

facilitador de um grupo permitem que a dinâmica se estabeleça de forma fluida com rápido entendimento das participantes sobre seus papéis no contexto geral do grupo. Observou-se também que a relação estabelecida entre elas resultou na formação de rede de apoio, melhoria do autocuidado e conhecimento, informação em saúde e apoio social às envolvidas.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Residência Médica do programa de Medicina de Família e Comunidade do serviço de Atenção Primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Seguindo as diretrizes do programa de residência, se apresenta no formato de artigo que se apresenta a seguir.

A realização de grupos é uma das ações das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e faz parte da matriz curricular da formação de um Médico de Família e Comunidade, sendo uma competência essencial dentro dos fundamentos da prática de Abordagem Comunitária[4]. Esse tipo de intervenção possibilita desenvolvimento de ações que extrapolam as consultas individuais como único espaço de cuidado, propiciando educação em saúde, integração, troca de experiências e ampliação da rede de apoio[1]. Ainda que estes grupos não tenham necessariamente o propósito de serem terapêuticos em termos de saúde mental, apresentam-se como espaços de construção de promoção de saúde e prevenção de agravos. Dias, Silveira e Witt[2] referem que a alternativa dos grupos como uma prática assistencial gera um aprimoramento para todas as pessoas envolvidas - usuários e profissionais - na medida em que possibilita colocar em evidência os saberes da comunidade, abrindo a possibilidade de que as intervenções em saúde sejam criadas em coletivo.

Ainda que seja possível encontrar artigos com relatos de experiências sobre grupos na APS, são escassos os estudos robustos que evidenciem a eficácia dessas intervenções[1]. Em contrapartida, as experiências relatadas em estudos qualitativos[8] existentes elucidam o potencial terapêutico que esse tipo de intervenção possibilita no contexto da APS.

Como já descrito na obra “O Pequeno Grupo como Sistema um Complexo”[5] grande parte dos trabalhadores de saúde não se sente qualificada na facilitação de grupos, seja por insegurança com relação ao surgimento de situações inesperadas, seja pela possibilidade de “encontro vazios”, em que os assuntos não surgem espontaneamente dos participantes. Baseados nessa deficiência e confiantes na produção de saúde gerada por um grupo, Seminotti e Pinto[3,5], criam e propõem o uso da ferramenta aqui utilizada, denominada Observação Estruturada[3] (Anexo 1), como estratégia na formação de facilitadores de grupos a serem desenvolvidos na Atenção Primária.

Considerando a crescente demanda de saúde mental, o contexto das consequências da disparidade de gênero na sociedade atual, e a prevalência de atendimentos às mulheres na APS, o presente estudo busca contribuir para o aporte teórico no desenvolvimento de habilidades de facilitação de grupos, considerando as competências de um Médico de Família e Comunidade[4], bem como demonstrar as possíveis contribuições na qualidade da assistência e na terapia individual das mulheres integrantes do grupo.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter exploratório, desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UBS Santa Cecília. A ferramenta utilizada para acompanhamento do desenvolvimento da habilidade de facilitação de grupos se deu pelo instrumento denominado Observação Estruturada[3], originada do Programa PluriVox[3], um documento baseado em cinco competências básicas para facilitação de grupos. A dinâmica estabelecida consistiu na determinação de uma profissional como facilitadora e outra profissional como observadora, anotando os dados obtidos de acordo com as cinco competências executadas, descritas no referido instrumento. A observadora deveria registrar: o momento do grupo, o exercício da competência e a repercussão decorrente de cada intervenção. Os papéis de observação e facilitação eram alternados entre as profissionais a cada encontro. Posteriormente, os dados obtidos eram analisados e discutidos, as intervenções da facilitadora em questão eram avaliadas, assim como as repercussões no grupo, gerando reflexões e sugestões para melhoria das intervenções.

Como critérios de inclusão, na composição do grupo, foram considerados: mulheres usuárias da UBS Santa Cecília com perfil de sofrimento mental e pouca rede de apoio social que foram selecionadas pelas pesquisadoras a partir de consultas individuais dentro da rotina da UBS. Adotamos como critérios de exclusão: pacientes não motivadas a abordagem conjunta e prolongada, as que recusaram o convite à participação, pacientes em situação de crise aguda que necessitavam primeiramente de atendimento individual e pacientes com condição profissional que apresentasse risco para eventual quebra de sigilo. O recrutamento ocorreu entre essas mulheres que se incluíam nos critérios, independentemente da idade, identificadas com perfil de participação de grupo, durante consulta médica. No planejamento do grupo, foi definido que seriam incluídas no máximo 8 participantes simultâneas, dado que um número maior poderia prejudicar a dinâmica de interações e a confidencialidade.

Os encontros do grupo ocorreram semanalmente, por uma hora, em horário definido, durante o período de seis meses, tendo como facilitadoras as residentes de Medicina de Família e Comunidade que aqui constam como pesquisadoras principais, contando quinzenalmente com supervisão pela orientadora responsável e do consultor externo. As anotações foram registradas em formulário único, de acordo com a estrutura de observação mencionada, e armazenadas no Google Drive institucional. Os registros foram revisados e discutidos quinzenalmente com consultor externo, especialista em grupos na APS que desenvolveu o Programa PluriVox[3]. Os assuntos abordados no grupo foram aqueles trazidos pelas próprias participantes, com intervenções pelas facilitadoras quando necessário.

Após seis meses de encontros, os dados obtidos pelos formulários foram novamente revisados, buscando analisar o desenvolvimento das habilidades das facilitadoras e suas funções em uma dinâmica de grupo que promova saúde.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi aplicado no início dos encontros a cada participante. Este projeto de pesquisa está em conformidade com as normas da CONEP, conforme Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida (CAEE: 65253522.1.0000.5327).

## RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados são relativos ao período de seis meses de encontros semanais com duração de uma hora. Após cada encontro, as facilitadoras se reuniam por mais uma hora para discutir sobre o desenvolvimento e andamento do grupo, contando com a supervisão do consultor externo e da preceptora quinzenalmente para esse processo.

Para descrever os resultados obtidos e analisados, utilizaremos as cinco competências recomendadas e a repercussão decorrente da execução das mesmas no sentido de tornar o grupo um meio de produção de saúde[3,5]. Algumas situações ocorridas durante os encontros serão utilizadas como exemplos práticos, para ajudar a entender a potencialidade do grupo na produção de saúde em coletivo.

A ferramenta da Observação Estruturada[3] foi primordial para a análise dos resultados obtidos e para estabelecer uma conexão temporal com a constituição que o grupo obtinha à medida que os encontros foram acontecendo.

A primeira competência, cujo enunciado em Seminotti & Pinto[3] é "dar as informações indispensáveis, apresentar-se e convidar os participantes a fazerem o mesmo, propor e gerenciar a definição de regras e acordos de convivência e definir os objetivos do grupo" - foi exercida em todos os encontros, geralmente no início deles. As apresentações foram feitas no início da formação do grupo e sempre que novas integrantes estivessem presentes. Isso facilitava a interação inicial entre pessoas que ainda não se conheciam e trazia informações importantes para o grupo sobre como as participantes se enxergavam individualmente. Já a definição de regras e acordos de convivência eram revisitadas a cada encontro, e as presentes eram questionadas se havia algo a ser recombinado. Além disso, cada decisão em relação ao grupo - desde remarcação de encontros até inclusão de novas usuárias - era tomada em conjunto com as pertencentes ao grupo. Essa competência estabeleceu uma relação de confiança entre as integrantes e as facilitadoras, permitindo que elas estabelecessem uma sensação de pertencimento ao grupo. Ao longo dos encontros posteriores, as participantes já entendiam a definição dos combinados e passaram a exercer essa habilidade de forma mais ativa; como exemplo, optaram pela criação de um grupo virtual pelo WhatsApp e definiram que as ausências deveriam ser comunicadas por esse meio. Durante esse

período de seis meses, não houve percepção de substituição do grupo presencial pelo virtual criado, sendo entendido que o grupo de WhatsApp funcionou como mecanismo adicional, facilitando o estreitamento de vínculos e reforçando o protagonismo do grupo na tomada de decisões.

A segunda competência[3] diz respeito ao estímulo e viabilização da conversação entre todos. No início do grupo havia uma demanda grande das participantes de direcionar os temas abordados para as facilitadoras no papel de profissionais de saúde. Para viabilizar a conversação entre todas, no início do grupo, as intervenções das facilitadoras eram mais necessárias, assim como para redirecionar as questões para o grupo. Com o decorrer dos encontros, essa tendência diminuiu. Os assuntos abordados sempre foram variados, incluindo condições psiquiátricas, psicológicas, clínicas e de relacionamentos interpessoais. Após a explanação das vivências, frequentemente vinha o questionamento de "como lidar com essa situação?", e os olhares quase sempre se direcionavam às facilitadoras. Levando em conta as competências, o movimento de redirecionamento dessas perguntas chaves de volta para o grupo criou um fluxo que foi se consolidando e sendo entendido processualmente. Assim, as participantes começaram a dirigir os questionamentos para o próprio grupo. As perguntas "o que isso quer dizer, doutoras?" ou "o que eu faço com isso, doutora?" foram dando espaço para novas convocações como "eu gostaria de saber o que as meninas (as participantes) têm a dizer sobre isso que eu trouxe hoje" e "eu gostaria que vocês me ajudassem a pensar numa solução para isso". Para além disso, notou-se que quando houve inserção de novas mulheres o convite para elas se abrirem e compartilharem suas experiências e ensinamentos também começou a partir das integrantes antigas, facilitando o estabelecimento de vínculo com as recém chegadas, que se sentiam mais pertencentes ao grupo.

A terceira competência[3] fala sobre garantir que as compreensões do que está sendo discutido estão sendo compartilhadas por todos e que todos os pontos de vista estão sendo manifestados. O desenvolvimento dessa habilidade na facilitação garante que o ambiente do grupo tenha um tom de respeito e tolerância e permite que as participantes se sintam livres para expor seus pontos de vista sem medo de

retaliações ou represálias. Com isso, foi possível obter a sensação de segurança psicológica e, assim, as participantes puderam expor suas dores e dificuldades em um ambiente acolhedor, com as intervenções partindo das próprias integrantes, sem juízo de valor. Situações de violência doméstica, abuso de substância, abuso sexual e aborto foram trazidas e, em todos esses momentos, as demais presentes assumiram o papel de aconselhadoras e confidentes. À medida que o vínculo crescia, as manifestações de suporte e a formação das redes de apoio (que eram escassas para a maior parte delas) foram desenvolvidas muito claramente. Como exemplo, seguem duas situações de formação de rede de apoio: uma das integrantes iria passar por uma cirurgia oftalmológica, logo duas se dispuseram a acompanhá-la por toda a estadia no hospital. Em um segundo exemplo, uma participante mais idosa e com dificuldade de locomoção passou a ter carona para voltar para casa com uma das outras mulheres do grupo, e por vezes a colega a levava ao mercado para fazer suas compras semanais.

A quarta competência[3] já diz sobre a parte do trabalho do grupo onde ele gera saúde. Trata-se de aferir se as compreensões produzem aprendizagem e/ou insight. Esta competência, talvez a que permaneceu sendo a mais utilizada pelas facilitadoras, foi essencial para que as participantes entendessem a produção de saúde que acontecia a cada encontro. Os resultados das discussões e das informações compartilhadas vinham ao longo dos encontros, às vezes, por um feedback delas sobre dicas e estratégias que ouviram no grupo e testaram em casa. Outra situação vivenciada: em muitos encontros uma participante específica, já idosa, trazia sobre a dificuldade de relacionamento com seus familiares e o quanto se sentia mal de depender e ter que morar com eles, durante muitas semanas perguntava às outras o que ela poderia fazer com essa situação e que gostaria de dicas. Após alguns planos traçados, no quinto mês do grupo, essa participante compartilhou que conseguiu se mudar para um Lar de Idosos que ela mesma escolheu e que, apesar de contrariar a família, estava muito feliz com a decisão e finaliza agradecendo o grupo por ter feito parte dessa transição e por ter dado suporte para que ela pudesse dar um passo que ela considerava tão importante.

A quinta competência[3], que trata do encerramento de cada encontro do grupo e da avaliação do que foi alcançado e do que ainda falta alcançar, foi a que as facilitadoras tiveram mais dificuldade de desenvolver. Devido à duração limitada de 1 hora do grupo e à quantidade de integrantes, por muitas vezes o fechamento se tornava difícil, quase sempre com a fala de alguma delas. Ao longo dos encontros, atentar-se ao horário começou a se fazer necessário, e quando era possível, as presentes eram convidadas a fazer uma reflexão sobre como estavam se sentindo quando chegaram ao encontro e depois ao seu final. Isso permitiu que elas começassem a perceber as intervenções breves que eram alcançadas e a influência dos encontros na melhoria do humor, fortalecendo a adesão a cada encontro semanal.

A estratégia de discutir as intervenções executadas, quinzenalmente, com a professora que coordena o projeto e com o consultor externo, permitiu a reflexão sobre o desenvolvimento das habilidades de facilitação e sua relação com o dinamismo e independência que o grupo criou a cada encontro. Para além disso, parte da aquisição dos atributos permitiram observar o benefício da descentralização do facilitador no grupo, favorecendo a ideia de que o grupo acontece e produz saúde independentemente da figura que o facilita, desde que tenha as competências necessárias para tal.

## DISCUSSÃO

### Resumo dos principais achados

O desenvolvimento da habilidade de facilitação de grupo foi imprescindível para que a dinâmica do grupo se estabelecesse. A sistematização da atividade de supervisão em um instrumento estruturado e as reflexões dos resultados obtidos foram tão necessárias quanto o próprio processo de facilitação em termos de aprendizagem. O desenvolvimento da sensação de pertencer ao grupo e de as participantes serem produtoras de saúde foi diretamente proporcional à capacidade das facilitadoras em fazê-las se entenderem como protagonistas e corresponsáveis na solução dos problemas compartilhados Essa característica foi observada ao longo dos encontros, pois as intervenções por parte das facilitadoras foram se tornando menos

necessárias, fazendo por vezes as próprias integrantes o papel de facilitação. Ademais, as situações relatadas durante os encontros puderam esclarecer e especificar a produção de saúde, reafirmadas por relatos de auto cuidado, auto preservação, desenvolvimento de relações interpessoais e formação de rede de apoio.

**Fortalezas e limitações**

No presente estudo, a característica do trabalho em grupo de ser uma tecnologia considerada leve, adaptável às realidades e necessidades de uma população e, mais especificamente, de seus participantes, pode ser considerada uma vantagem. Levando em consideração as premissas da Estratégia de Saúde da Família[6] (formato de organização principal da APS no Brasil) como territorialização, a formação de grupos é replicável em quase todas as realidades, podendo tomar diversos formatos e ser uma estratégia promissora para absorção de demandas múltiplas que, inicialmente, só seriam abordadas em consultas individuais. Em contrapartida, a eficácia de um grupo não se garante pelo simples fato de ele existir: é preciso um procedimento técnico de facilitação, critérios para composição do grupo e atenção acurada ao desenvolvimento do processo do grupo. Assim mesmo, não há garantia de isenção de possíveis falhas em sua intenção de promoção de saúde. Portanto, suas formações são replicáveis, porém seus resultados nunca são únicos, tampouco previsíveis.

A ferramenta Observação Estruturada[3], aqui utilizada, facilita a sistematização das habilidades de facilitação, necessárias para que o grupo se torne um método de produção de saúde, bem como de uma forma didática e prática de se atentar aos momentos de intervenção. Ainda, a sistematização ajuda a perceber a produção de saúde que o grupo traz. Por outro lado, embora a referida ferramenta seja simples, foi utilizada com orientação de uma professora e um consultor especialista na área de grupos, denominado aqui consultor externo. A utilização dela sem a devida reflexão posterior pode desarticular seu uso do contexto e não acrescentar habilidades na formação de um facilitador.

**Comparação com a literatura**

Zimerman[7] traz em sua obra a importância do coordenador (aqui descrito como facilitador) de um grupo na evolução do respectivo grupo, seja ele de qualquer natureza. Para além das características individuais e os atributos especiais para grupos específicos, o autor traz alguns atributos básicos esperados para a capacidade de conduzir grupos. Dentre eles, destaca “gostar e acreditar em grupos”,“coerência”, “senso de ética”, “respeito”, “continência”, “função de pensar”, “comunicação”, “síntese e integração”. Vemos, portanto que além da necessidade ou do potencial terapêutico que um grupo pode oferecer, o profissional que se dispõe a estar na função de facilitador deve estar atento em suas intervenções, exercitando suas habilidades a cada encontro e refletindo constantemente sobre o processo de desenvolvimento do grupo uma vez que ele é formado. Zimerman[7] também traz a supervisão da facilitação por um profissional mais experiente para observar as intervenções como uma potencial ferramenta no processo de aprendizado de facilitação de grupos. A ferramenta (Observação Estruturada[3]) aqui utilizada permite tanto o acompanhamento da evolução das habilidades do facilitador baseado em atributos esperados, quanto sugere, por meio da sua própria forma de aplicação, a necessidade de um terceiro profissional (supervisor) para o processo de aprendizagem.

**Implicações para pesquisa e/ou prática profissional**

O presente estudo traz a importância de compreender o papel de facilitação para a formação de um grupo com intuito terapêutico. A Observação Estruturada[3] descrita pode ajudar profissionais que não receberam orientação sobre como fazer grupos, ou que, em sua formação acadêmica, não tenham tido disciplinas sobre trabalho com grupos, e, portanto, se sentem inseguros em conduzir um grupo, em diversas realidades e situações. Ao mesmo tempo, a habilidade de facilitação de grupos permite que os envolvidos sejam guiados e direcionados na direção da produção de saúde, podendo gerar autoconhecimento, auto ajuda, suporte social e emocional e criação de rede de apoio.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho de cunho qualitativo permitiu acompanhar e avaliar o impacto da formação e facilitação do grupo. Nesse sentido, os diversos efeitos do grupo são compreendidos nos contextos de produção de saúde, da dinâmica dos serviços, da resolubilidade da atenção em saúde e da formação de profissionais na APS [9].

Em caráter individual, observa-se o potencial terapêutico para as participantes, com uso de ferramentas que promovem cuidado em saúde para além do espaço das consultas individuais.

No que tange a formação de profissionais da APS, a facilitação de grupos amplia o arsenal terapêutico, podendo auxiliar na resolução de problemas, com repercussão direta nas habilidades adquiridas durante a capacitação desses profissionais.

Para o serviço de saúde, os grupos podem representar a vazão de demandas múltiplas em saúde, coordenando e ampliando o acesso, estreitando os vínculos da comunidade com o serviço e favorecendo os espaços de consultas individuais para outras demandas. Nessa perspectiva, a experiência do grupo de mulheres aqui relatada, com utilização da observação estruturada, pode ser experimentada em serviços de saúde diversos, principalmente na APS, unificando a produção de saúde junto às usuárias com o desenvolvimento de competências relevantes para a prática da Medicina de Família e Comunidade.

BIBLIOGRAFIA

[1]DUNCAN, B.B (org). Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2022.

[2]DIAS, VP; SILVEIRA, DT; WITT, RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009

[3]SEMINOTTI, N; PINTO, RM. PluriVox Program in Brazil's Unified Health System: five-step group work to promote patient health behaviors. Aletheia, v.55, n.1, pp.224-240, Jan./jun. 2022.

[4]GUSSO, G; LOPES, JMC, DIAS, LC (orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019

[5]SEMINOTTI, Nedio. O pequeno grupo como um sistema complexo: uma estratégia inovadora para produção de saúde na Atenção Básica. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 217 p

[6]BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

[7]ZIMERMAN, D. E. - Como Trabalhamos com Grupos. Editora Artes médicas, POA, 1997.

[8]MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

[9]ROBIN C. Fraser. Clinical Method: A general practice approach. 3a ed. 2005

## ANEXOS E/OU APÊNDICES

**Anexo 1:**

## Programa PluriVox

Facilitação de Grupos

O Programa PluriVox é constituído por um conceito de pequeno grupo, concebido como um sistema complexo Seminotti (2016), e de uma estratégia para enfrentar a complexidade e incertezas da vida/processos dos grupos. A estratégia é constituída por cinco competências a serem exercidas por quem facilita o grupo; uma estrutura mínima, composta por cinco passos, que indica um caminho a seguir na facilitação; 'dicas' de apoio para executar as competências; e um protocolo de Observação Estruturada, destinado ao desenvolvimento do exercício das competências (SEMINOTTI & PINTO, 2022).

### Competências de facilitação, 'dicas' para exercer as competências, objetivos das competências e protocolo de observação

**Competência 1**: dar as informações indispensáveis, apresentar-se e convidar os participantes a fazerem o mesmo, propor e gerenciar a definição de regras e acordos de convivência e definir os objetivos do grupo;

'Dicas' para exercer a competência

Apresentar-se e esclarecer aos participantes os objetivos do grupo e os benefícios que terão vindo a ele, pedir que se apresentem e digam o que esperam do grupo e, a partir disso, definir os objetivos do grupo e as regras de convivência. No que diz respeito às regras, levar em conta questões que exigem sigilo e a necessidade de redefini-las no andamento da vida do grupo e que, quando se trata de mais de uma sessão de grupo, de um projeto com muitas sessões, estimular para se reportem ao que foi abordado na sessão anterior, o que de importante ocorreu na semana entre sessões e as soluções e problemas a serem compartilhadas na presente sessão.

Objetivo do exercício da competência

Criar no grupo um clima de segurança psicológica que ofereça, aos participantes, garantias de que as expressões do pensar e sentir, sobre si mesmos e/ou sobre os demais, serão acolhidos sem críticas.

**Competência 2**: estimular e viabilizar a conversação entre todos;

'Dicas' para exercer a competência

O/a facilitador/a deve evitar de responder perguntas dirigidas a ele/a (a não ser as que lhe compete) e estimular que outros as respondam; convidar o grupo a compartilhar questões comuns a que está sendo compartilhadas, assim como sugerir soluções; pedir aos participantes que compartilhem o que compreenderam do que foi comunicado; oferecer formas de expressão do pensamento e sentimento além da verbal (dinâmicas de grupo, corta e cola, movimentos corporais, jogos, música, dança etc.); fazer exercícios de integração para estimular a construção de vínculos de confiança; dar atenção individual, quando solicitado, e estimular para que a conversa individual seja compartilhada no grupo.

Objetivo do exercício da competência

Estimular e desenvolver no grupo a conversação circular, entre todos, e não apenas a radial, de todos, apenas com a facilitadora.

**Competência 3**: assegurar que as compreensões do comunicado sejam conhecidas e compreendidas por todos e que os pontos de vista, sobre o compartilhado, sejam manifestados;

'Dicas' para exercer a competência

No papel de facilitação evitar a tendência de dar resposta às perguntas dos participantes e estimular os demais para que o façam, possibilitando a multiplicidade de vozes; viabilizar o esclarecimento dos sentidos, significados e compreensões do que foi comunicado e os atribuídos pelos ouvintes; evitar a tendência de dar

explicações, entendimentos ou interpretações universais sobre fenômenos de grupo e acatar os singulares e locais (esta recomendação não impede de comunicar a compreensão genérica que a facilitação tem sobre o que foi posto em discussão e nem supõe a omissão de responsabilidade de quem facilita, mas é preciso esclarecer que se trata apenas de uma compreensão). A concepção do PluriVox contempla a ideia de que os participantes têm saberes e poderes que os tornam competentes para dar respostas aos temas postos em discussão.

Objetivo do exercício da competência

Desenvolver conversações que estimulem a livre expressão dos saberes/poderes de todos os participantes, não apenas os do/a facilitador/a, e acolher, reconhecer e legitimar a multiplicidade de respostas às questões compartilhadas.

**Competência 4**: aferir se as compreensões produzem aprendizagem e/ou insight;

'Dicas' para exercer a competência

Em alguns momentos do grupo, e do projeto do grupo, estimular para que compartilhem se passaram a compreender as questões, sobre as quais falam no grupo, de outra maneira. A pergunta pode ser simplesmente: - estão aprendendo algo novo? Observar se a aprendizagem desenvolvida pelos participantes do grupo produz hábitos de vida mais saudáveis e, se for o caso, estimular o compartilhamento da mudança de hábitos.

Objetivo do exercício da competência

Aferir e estimular a expressão das possíveis aprendizagens/insight individuais e/ou coletivo ocorridos na sessão em andamento, as ocorridas entre uma e outra sessão do grupo, e as que ocorreram na história/projeto do grupo, que ofereçam equacionamentos e/ou soluções aos problemas compartilhados.

**Competência 5**: avaliar, no encerramento do grupo, o que foi alcançado, o que ainda falta e o que cabe a cada um para alcançar, no próximo grupo;

'Dicas' para exercer a competência

Fazer pequenos exercícios de avaliação no encerramento da sessão do grupo. Para isso se pode perguntar o que 'fica' do grupo que termina, expresso através de uma palavra ou frase; de tempos em tempos criar uma rotina para avaliar o trabalho do grupo; elencar atividades para a sessão seguintes, incluindo as que são do interesse dos participantes.

Objetivo do exercício da competência

Estimular a reflexão e a expressão sobre o acontecido na sessão e/ou na história do grupo, identificar pontes/ligações pertinentes entre as sessões (resgatar temas e/ou encaminhamentos ocorridos na sessão anterior) e encaminhar possíveis temas para próxima sessão.

**Modelo de observação estruturada**

O/as que facilitam o grupo em dupla podem dividir os papéis em observador/a e facilitador/a, antes de iniciar o grupo. Devem comunicar ao grupo e podem exercer os papéis alternadamente a cada sessão. Quem facilita deve procurar exercer as competências recomendadas pelo PluriVox; o/a observador/a foca sua observação no exercício das competências de quem está facilitando e registra no protocolo de observação. O registro serve de objeto de discussão após a sessão, visando o desenvolvimento das competências de facilitação. No entanto, não exclui a possibilidade de que o/a observador/a possa contribuir com a facilitação, fazendo sugestões durante o grupo por *whats*, por exemplo, mas também de forma direta. Na modalidade *online*, pode inclusive fazê-lo pelo *chat*, diretamente ao facilitador.

No modelo de observação estruturado (abaixo) quem exerce o papel de observação deve focar sua atenção em quem facilita o grupo, visando a discussão posterior ao grupo com o objetivo de desenvolver as competências de facilitação. Assim, no registro deve constar os itens indicados no modelo.

| | |
|---|---|
| Competência exercida (neste campo, a intervenção, deve ser classificada, pela observadora, segundo a descrição da competência) | -Contexto em que exerceu a competência (em poucas palavras descrever o que estava acontecendo no grupo naquele momento. Por exemplo: uma participante perguntou para a facilitadora qual seria solução para o problema X, que ela relatava);<br><br>-O que disse a facilitadora para exercer a competência. Por exemplo: a facilitadora perguntou se alguém teria algo para dizer para participante que pediu uma solução para ela.<br><br>-Qual foi a repercussão no grupo decorrente do exercício da competência (pequena descrição da repercussão no grupo decorrente do exercício da competência; por exemplo: outras participantes relataram que vivem o mesmo problema, mas não sabem como resolver. |