

REFLEXÕES SOBRE O USO DE ATIVIDADES GRUPAIS NA ATENÇÃO A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Denize Bouttelet Munari*
Roselma Lucchese**
Marcelo Medeiros***

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis constituem a principal causa de mortalidade em todo o mundo, sendo tidas como reflexo das profundas mudanças nos hábitos de vida da população mundial. Entre essas se destacam as doenças cardiovasculares, o diabetes, a obesidade, o câncer, a insuficiência renal crônica e as doenças respiratórias. Uma das intervenções possíveis no acompanhamento da evolução dessas doenças ou de sua prevenção tem sido o uso da tecnologia de grupo para educação em saúde, prevenção de agravos, treino de habilidades, entre outras ações. O presente artigo de reflexão tem como objetivo discutir caminhos que apontem possibilidades para tornar as atividades grupais mais assertivas e adequadas às necessidades de portadores dessas doenças nos serviços de saúde. O texto aborda aspectos conceituais relacionados ao manejo grupal, formas adequadas de enquadrar os diferentes grupos e ainda a importância da avaliação das intervenções como forma de indicar aos profissionais de saúde caminhos para melhorar seu desempenho na coordenação desse tipo de grupo.

Palavras-chave: Doença crônica. Estrutura de grupo. Cuidados de enfermagem. Educação em saúde. Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) constituem um grande desafio para a humanidade, em razão do seu crescimento em todos os continentes, explicado pelas grandes mudanças no estilo de vida da população mundial. “São chamados de agravos não transmissíveis, que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer, doença respiratória, entre outras”^(1:7). Em todo o mundo observa-se o envolvimento da comunidade científica e de órgãos governamentais e não governamentais na busca das causas determinantes, de planejamento de medidas de controle, prevenção e diminuição das disparidades sociais que tornam mais susceptíveis pessoas sem recursos para cuidar de sua saúde⁽²⁾.

Por acometerem cada vez mais pessoas de todas as classes sociais, as DCNTs desafiam os profissionais de saúde para o seu controle, prevenção e manejo dos agravos. Uma das intervenções possíveis no acompanhamento da evolução dessas doenças ou de sua prevenção

tem sido o uso da tecnologia de grupo no desenvolvimento de ações voltadas aos portadores e seus familiares nos âmbitos da educação em saúde, prevenção de agravos, treino de habilidades e outros⁽³⁻⁵⁾. No Brasil, observa-se que desde 1960 o uso do grupo se expandiu, inclusive faz parte das ações programáticas de assistência a grupos de diabéticos, hipertensos, obesos, tabagistas, renais crônicos e outros⁽⁶⁻⁷⁾. Também compõe o elenco mínimo de procedimentos de média complexidade dos módulos assistenciais a serem ofertados por profissionais de nível superior nos serviços de atenção básica à saúde, quando recebem a denominação de terapias em grupo⁽⁷⁾.

Não obstante se observa que, no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, as atividades grupais, apesar de se constituírem em estratégias clínico-assistenciais, são realizadas por meio de práticas coletivas com a finalidade de trabalhar informações sobre a doença, mas com reduzida expressão educativa e participativa e baixo empoderamento das pessoas e da comunidade⁽⁸⁻⁹⁾. Nesse sentido, não se pode dizer que sejam desenvolvidas no

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Didata Autorizada do Instituto de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama (SOBRAP/Goiás). E-mail: denize@fen.ufg.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Campus Catalão da UFG. E-mail: roselmalucchese@hotmail.com

***Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da UFG (FEN/UFG). E-mail: marcelo@fen.ufg.br

contexto do grupo no sentido teórico-técnico da palavra⁽⁶⁾, pois em geral consistem em ações focadas no modelo biológico, tendo como função prescrever comportamentos desejados dos participantes sem, contudo, ouvir suas experiências, desejos e expectativas diante da situação de adoecimento⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Parte desse movimento revela o equívoco de alguns profissionais sobre o que de fato significa coordenar grupos⁽¹¹⁾. Geralmente, estes se restringem à simples aplicação de técnicas e jogos coletivos, de forma descontextualizada do movimento do grupo e ainda como parte de um “pacote” previamente definido de atividades, que não pressupõe a leitura da dinâmica grupal para o manejo da intervenção⁽¹¹⁻¹²⁾. Assim são propostos jogos e técnicas que nem sempre respeitam o interesse/necessidade do grupo, e que, por não considerarem essa leitura, não fazem sentido nem produzem situações de delicado manejo quando envolvem expressão de emoções/sentimentos⁽¹²⁾.

De modo geral, assim são planejados os grupos de diabéticos, hipertensos, obesos, tabagistas, renais crônicos e outros, pautados apenas na execução de um plano didático, de temas que devem ser tratados, sem a devida valorização da experiência das pessoas envolvidas ou de suas necessidades do momento⁽⁹⁻¹⁰⁾. Dessa forma contribuem para perpetuar a relação vertical profissional–cliente, situação que, somada ao desconhecimento dos processos grupais que medeiam as relações dos profissionais nas equipes de saúde, prejudica o planejamento, realização e avaliação tanto das ações de saúde quanto do modo de operar no trabalho.

É sabido que as atividades grupais, se desenvolvidas em ambientes e relações mais saudáveis e democráticos, podem se constituir em ferramentas potencializadoras de um trabalho mais produtivo e são aplicáveis para desenvolver nos profissionais a arte de conviver, além de representar uma importante ferramenta terapêutica ou de capacitação dos atores envolvidos no processo⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para tanto, o domínio do manejo do grupo deve ser pautado em um referencial teórico-prático que sustente essas atividades.

Todos esses elementos revelam uma situação-problema nos serviços de saúde, criada pela

ausência de um saber/fazer fundamentado nos pressupostos da dinâmica de grupo. Assim, muitos profissionais, ao desenvolverem atividades grupais, fazem-no de forma empírica ou com base no senso comum, por “obrigação do serviço”, por norma dos programas ou produtividade⁽⁹⁻¹²⁾. Estas maneiras de utilizar o grupo como ferramenta assistencial, embora equivocadas, podem trazer algum retorno satisfatório, porque constituem um momento único, por exemplo, para o paciente esclarecer dúvidas que podem ser também dos outros participantes, compartilhar experiências, entre outras vantagens. Cumpre, porém, lembrar que, se conduzido por um profissional que não tenha o devido preparo, o grupo pode se desagregar, por falta de credibilidade nesta estratégia tanto por parte do profissional quanto dos seus membros^(9,11-12).

É comum encontrar demanda reprimida para atividades grupais, o que gera um número excessivo de pessoas no grupo num mesmo dia e horário. Muitas vezes são chamadas de atividades de grupo atividades desenvolvidas por meio de palestras, estratégia inadequada ao planejamento, condução e avaliação do processo grupal. Não há mobilização interna da percepção do próprio profissional diante das necessidades do grupo, e suas atitudes expressam julgamento de valores, rotulação, descontextualização do movimento afetivo do grupo e prescrição de comportamentos esperados⁽¹²⁾. Isso leva à ineficiência do uso da tecnologia, ao descrédito e depreciação dessa prática, que passa a ser tida como apenas “brincadeiras”, “joguinhos”, “cursinhos”, “rodinha”⁽¹¹⁾, o que leva ao seu esgotamento e limita/prejudica a adesão do usuário.

Considerando a importância de refletir sobre essa situação, o presente artigo tem como objetivo discutir caminhos que apontem possibilidades para tornar as atividades grupais mais assertivas e adequadas às necessidades de portadores de DCNTs nos serviços de saúde.

FUNDAMENTOS PARA SE POTENCIALIZAR O PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES GRUPAIS

O ser humano, gregário por natureza, sempre se reuniu em grupos desde a pré-história e tem

no círculo o símbolo dessa característica, que influencia os seus rituais, costumes e a própria sobrevivência, a segurança e a manutenção das espécies. Muitos “acreditavam que através da energia emanada entre as pessoas que compunham a roda, os maus espíritos eram afastados e os bons ali permaneciam”^(15:160).

Por essa razão, o fato de o ser humano se reunir em grupos, independentemente do objetivo visado, cria a possibilidade de se ver fluir a sinergia, singular ao movimento de construção de uma entidade própria, do estabelecimento de laços e vínculos, da aproximação dos semelhantes, no mesmo espaço em que convivem as diferenças⁽¹⁵⁾.

Assim, tanto nos grupos sociais como naqueles de finalidade terapêutica, o fluxo sinérgico, composto a partir do efeito benéfico da relação entre os seres humanos, é responsável pelo efeito curativo dos grupos humanos⁽¹⁶⁾. Neste sentido, os demais tópicos tratados no contexto desta reflexão servem à construção de caminhos mais sólidos na abordagem de pessoas com diversas necessidades de saúde, entre elas os portadores de DCNTs, por meio de atividades grupais.

O coordenador do grupo: competências, habilidades e atitudes necessárias

A força e o poder que se estabelecem no campo grupal podem ser mais ou menos potencializados, dependendo de como esse grupo é coordenado^(11-13,16-18). Um coordenador que pense no grupo como um local privilegiado para troca e expressão da individualidade e ao mesmo adequado ao exercício do respeito às diferenças e à totalidade grupal, viabiliza condições para que o grupo seja um espaço de mudança e crescimento^(11-12,16-18). Para garantir que o fluxo sinérgico do próprio grupo seja respeitado e que seja elemento-chave para seu desenvolvimento, o coordenador deve exercitar a postura de conduzi-lo baseado no seu saber, bom senso, capacidade de ouvir, flexibilidade e “respeito às limitações, histórias, tradições, conquistas, saberes, experiências e competências de cada membro do grupo”⁽¹⁶⁾.

Os elementos que constituem o campo de conhecimento de um coordenador de grupo devem estar baseados nos fundamentos da “Dinâmica de Grupo”⁽¹⁷⁾ ou ainda nas várias

correntes teóricas que orientam o manejo grupal, haja vista que nem sempre a formação dos coordenadores é híbrida, mas sofre influência de uma ou mais correntes^(12-13,18). Além do conjunto de conhecimentos necessários para a interpretação dos fenômenos grupais com vista a um melhor manejo das situações que se apresentam no interior dos grupos, é fundamental o coordenador ter competência interpessoal, responsabilidade ética, isenção de juízo de valores e de preconceitos, entre outros atributos. Um coordenador de grupo qualificado deve buscar aperfeiçoamento constante de suas competências, habilidades e atitudes profissionais e pessoais^(12-13,16,18).

Quando se utiliza o grupo como ferramenta de cuidado em saúde, deve-se pensar que essa estratégia é escolhida por facilitar o caminho do desenvolvimento de conhecimentos e potencialidades e a promoção de integração e de mudanças. Nesse sentido, o papel do coordenador é intermediar as necessidades dos participantes, facilitando a comunicação, tornando-a acessível a todos e ainda estimulando o autodesenvolvimento e autonomia^(8,12,15). Para tanto deve tomar o devido cuidado para não assumir postura diretiva, doutrinadora e de “dono da verdade”, em especial com relação ao seu saber técnico. Tal postura pode intimidar a participação, principalmente, daquelas pessoas que se dispõem a trazer suas vivências e experiências em relação ao processo de adoecimento e suas formas de enfrentamento, as quais muitas vezes são úteis aos outros participantes que vivem as mesmas dificuldades^(9,12,15).

Um problema muito comum observado na prática dos grupos de portadores de DCNTs é a atitude absolutamente alheia à vontade, desejo e necessidade do grupo em benefício do planejamento do coordenador, que se “programa” para trabalhar com o grupo sem considerar o movimento grupal⁽⁹⁾. Na maioria das vezes, esse planejamento é feito pela equipe técnica que coordena o trabalho, a qual se organiza para levar ao grupo conhecimentos e receitas prontas do que se pode e não pode diante do problema de saúde, assumindo diante do grupo uma atitude de cobrança e policiamento. Por não se considerarem as necessidades e vivências dos membros do grupo,

os encontros se constituem espaços de participação obrigatória para se manter vinculado ao programa de atendimento ou para o recebimento de benefícios^(9,12).

Nesse sentido, o grupo focaliza apenas a doença e não fortalece a pessoa como parceira no seu tratamento, tornando-a assim não responsável pelo autocuidado. Por sua função prescritiva, a doença se torna o único assunto de interesse e a “vida” do grupo restrita a ela⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O enquadre grupal e o manejo de fatores curativos

A construção de intervenções grupais eficientes passa necessariamente pela mudança paradigmática no modo de pensar e agir no grupo. Assim, é fundamental pensar na possibilidade do trabalho com pequenos grupos, com enfoque na problematização de situações reais e significativas para os sujeitos, estimulando a autoaprendizagem, a busca pela informação e a corresponsabilidade de quem aprende e de quem ensina^(8,12,15,19). Nesse contexto, o foco do trabalho são as possibilidades de emponderamento e desenvolvimento da autonomia dos usuários^(8,19), assim como dos profissionais, que aprendem a lidar com o grupo numa outra perspectiva.

O desenho do funcionamento e desenvolvimento do grupo tem início na decisão do tipo de enquadre grupal, o qual determina sua finalidade, propósito e objetivos, que podem ser promover saúde, auxiliar na mudança de comportamentos, treinar habilidades, realizar tarefas e outros⁽¹²⁾.

Definido o que se pretende com a atividade, é preciso dedicar-se ao planejamento, que se inicia por uma análise do contexto grupal, elaborando-se um diagnóstico do grupo e seus participantes. A partir deste ponto, têm-se indicadores para elaboração das atividades a serem realizadas e o modo de condução grupal^(12,15). A seleção e definição do número de participantes articulados ao(s) objetivo(s) e metas do grupo garantem sua efetividade e a participação de todos. O espaço físico destinado aos encontros deve garantir privacidade, conforto e segurança aos participantes^(12,15). Esse espaço deve permitir a criação de um ambiente que prepare a pessoa para participar do grupo, estabelecer vínculo com o uso de linguagem clara e verdadeira e ser

locus de confiança e de cooperação mútua^(12-13,15).

A condução do grupo deve ser mediada por um contrato grupal, que é um instrumento valioso utilizado pelo coordenador do grupo no exercício democrático da construção coletiva de regras e modos de funcionamento grupal (horários, tempo de existência, regras de convivência, entre outros). Nesse processo de acolhimento e inserção dos participantes no grupo, devem-se esclarecer objetivos e oferecer segurança àqueles que enfrentam a situação pela primeira vez, garantindo espaço de expressão de todos e possibilitando a corresponsabilidade e respeito mútuo^(12,16).

Outro aspecto indispensável no início do grupo é a adoção do círculo para a disposição dos lugares, fator essencial para as trocas e posições igualitárias⁽¹⁵⁾.

Quando nos reunimos em círculo é possível visualizar a todos numa mesma dimensão, perceber e identificar por meio de um olhar todos os membros, os que estão perto e os mais distantes. A racionalidade da hierarquizada perde o seu sentido, pois não há o primeiro e nem o último, todos adquirem importância, estão à mesma distância do centro e, mantêm a unidade e a totalidade. Neste encontro circular em que se dilui a figura central da autoridade e do líder, estabelece-se um processo democrático e plural que transpira confiança^(15:160).

Quando o coordenador do grupo considera todos esses aspectos no enquadre do grupo, resta ainda definir como avaliará o trabalho desenvolvido. São muitas as formas de se fazer a avaliação do desempenho de um grupo, podendo-se partir, por exemplo, da perspectiva dos próprios participantes, da percepção de seus familiares e dos demais profissionais da equipe de saúde⁽¹²⁾; no entanto, quando a avaliação se baseia nos fatores “curativos”^(18,20), ela pode de fato mostrar o alcance do trabalho do grupo, bem como sinalizar aspectos que podem ser melhorados na sua condução.

Os fatores curativos ou terapêuticos, embora tenham sido desenvolvidos a partir de grupos psicoterápicos, também podem ser encontrados em outros tipos de grupo e possibilitam ao coordenador compreender as mudanças ou benefícios que os participantes têm conseguido por meio do trabalho no grupo^(12,18,20).

A seguir apresentam-se os fatores

terapêuticos propostos por Yalon e Leszcz⁽¹⁸⁾ e sua descrição; 1) instilação de esperança: caracterizado pelo relato de experiências dos participantes relativas à sua melhora fundamentada na esperança de que outros participantes do grupo também tenham melhorado; 2) universalidade: percepção de que suas experiências de sofrimento não são únicas, mas vividas também por outras pessoas; 3) oferecimento de informações: reconhecimento da importância das informações, aconselhamento ou orientações acerca de temas diversos recebidos do coordenador ou demais membros do grupo; 4) altruísmo: sensação de utilidade percebida pelos membros do grupo ao compartilhar problemas similares, oferecendo reassseguramento e sugestões uns aos outros; 5) desenvolvimento de técnicas de socialização: melhora das habilidades sociais básicas a partir da convivência no grupo; 6) comportamento imitativo: “aprendizagem por substituição” ao se avaliar a melhora referida por algum membro; 7) coesão do grupo: movimentos de atração entre os membros do grupo, que promovem aceitação e compreensão; 8) aprendizagem interpessoal: reconhecimento da importância de estar no grupo tendo oportunidade de aprendizado e mudança em relação a si; 9) catarse: fenômeno complexo relacionado à ventilação de emoções, ao compartilhamento dos sentimentos internos e à aceitação destes pelo grupo; 10) reedição corretiva do grupo familiar: transferência para membros do grupo terapêutico de reações antes relacionadas com os familiares; 11) fatores existenciais: caracterizados pela reflexão sobre questões existenciais, como morte, isolamento, liberdade e falta de significado, objetos da luta suprema do ser humano.

O uso deste recurso na avaliação é discutido em alguns estudos^(12,18,20), os quais sinalizam suas vantagens no planejamento dos grupos. Por meio do planejamento o coordenador pode refinar seus recursos na condução da atividade grupal, com vistas a estimular autonomia e participação do grupo, rumo às mudanças e ao crescimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades grupais desenvolvidas no atendimento de pacientes com DCNTs estão, na

maioria dos serviços de saúde, embasadas em um modelo prescritivo, com enfoque no alcance de comportamentos desejados para o controle e prevenção da doença. Assim, sua abordagem é concebida na lógica da intervenção individual aplicada à realidade grupal, o que nem sempre garante a adesão dos sujeitos.

Essa escolha, em geral, gera uma série de equívocos ao centrar o trabalho na doença, e não na pessoa, o que torna o conteúdo da atividade grupal uma receita que deve ser cumprida à risca e que nem sempre valoriza a experiência da pessoa diante do seu processo de adoecimento, seus conhecimentos e suas formas de enfrentamento.

Isso não quer dizer que não se deva tratar dos dados concretos que envolvem as DCNTs, como esclarecer as pessoas sobre os aspectos objetivos da doença, informá-las sobre as formas de prevenir agravos e alertá-las sobre a necessidade de mudança de hábitos de vida. O que se discute nessa reflexão é “a forma” como se propõem esses assuntos no cotidiano das atividades grupais. Defende-se, nesse caso, que o profissional deva trabalhar “com” o grupo e não “para” ele, tendo o cuidado de não julgar ou partir de seus apriorismos, numa postura de detentor do saber.

A atitude do coordenador deve ser pautada por profundo respeito e pela crença no potencial de mudança e nas possibilidades de superação do ser humano. Nesse sentido, atenção especial deve ser dada ao movimento do grupo por meio de uma escuta qualificada de suas necessidades expressas ou latentes. Assim o coordenador assume seu verdadeiro papel de coordenar e ajudar os membros do grupo, oferecendo-lhes condições de encontrar as respostas e soluções condizentes pertinentes à sua realidade de vida.

Quando se conduz o grupo nessa direção, promove-se espaço de aprendizado significativo, apoio para enfrentamento de dificuldades, troca de experiências e fortalecimento das pessoas para que encontrem seus próprios caminhos e autoestima, sendo criativas e acreditando na sua capacidade de autogestão.

A coordenação de atividades grupais é tarefa que requer do profissional de saúde conhecimentos, habilidades e atitudes específicas que, de modo geral, não são desenvolvidas durante sua formação durante a

graduação; portanto é urgente a necessidade de sua capacitação para que as atividades grupais deixem de ser banalizadas ou relegadas a simples passatempo/brincadeira. Deseja-se que

elas possam ser, de fato, eficientes e de grande potencial de ajuda no enfrentamento das DCNTs e especialmente no emponderamento de seus participantes.

THINKING ABOUT THE GROUP ACTIVITIES FOR CARING CHRONIC DISEASES PATIENTS

ABSTRACT

The non-transmissible chronic diseases are the main cause of mortality worldwide, being regarded as a reflection of the extensive changes in the people living habits in the world. Among these diseases we highlight the cardiovascular, diabetes, obesity, cancer, chronic renal failure and respiratory diseases. One of the possible interventions in monitoring the evolution of these diseases and their prevention has been the use of group technology for activities in health education, diseases prevention, skills training, among other ones. This reflexive article aims discussing ways that points to possibilities to make these activities more assertive and appropriate for patients caring needs in health services. This paper addresses conceptual issues related to the group management, appropriate ways of getting the fit of the different groups and the interventions evaluation importance in order to indicate ways for health professionals to improve their performance in groups coordination.

Key words: Chronic disease. Group structure. Nursing care. Health education. Health promotion.

REFLEXIONES SOBRE EL USO DE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA ATENCIÓN A PORTADORES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

RESUMÉN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de mortalidad en todo el mundo, siendo tenidas como reflejo de los profundos cambios en los hábitos de vida de la población mundial. Entre esas se destacan las enfermedades cardiovasculares, el diabetes, la obesidad, el cáncer, la insuficiencia renal crónica y las enfermedades respiratorias. Una de las intervenciones posibles en el acompañamiento de la evolución de esas enfermedades o de su prevención ha sido el uso de la tecnología de grupo para educación en salud, prevención de agravios, entreno de habilidades, entre otras acciones. El presente artículo de reflexión tiene como objetivo discutir caminos que apunten posibilidades para tornar las actividades grupales más asertivas y adecuadas a las necesidades de portadores de esas enfermedades en los servicios de salud. El texto abarca aspectos conceptuales relacionados al manejo grupal, formas adecuadas de encuadrar los diferentes grupos y aun la importancia de la evaluación de las intervenciones como forma de indicar a los profesionales de salud caminos para mejorar su desempeño en la coordinación de ese tipo de grupo.

Palabras-clave: Enfermedad Crónica. Estructura de Grupo. Atención de Enfermería. Educación en Salud. Promoción de la Salud.

REFERÊNCIAS

1. OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial para alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília(DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. [acesso 2009 mar. 15]. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf.
2. Crook ED, Peters M. Health disparities in chronic diseases: where the money is. *Am J Med Sci*. 2008; 335(4):266-70.
3. Silva TR, Feldman C, Cruz DM, Holanda SDO. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde Soc*. 2006; 15(3):180-89.
4. Arruda MC, Alvarez AM, Gonçalves LHT. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. *Cienc. Cuid Saúde*. 2008; 7(3):339-45.
5. Kerkoski E, Borenstein MS, Gonçalves LO, Francione FF. Grupo de convivência com pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica: sentimentos e expectativas. *Texto & Contexto Enf*. 2007; 16(2):225-32.
6. Godoy MTH, Munari DB. Review of scientific literature on the use of group activities in nursing work in Brazil:1980 to 2003. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(5):786-802.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2ª ed. Brasília(DF); 2002. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
8. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(2):143-9.
9. Silva ALC, Munari DB, Lima FV, Silva WO. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. *Rev. Enferm UERJ*. 2003; 11(1):18-24.
10. Santos LM, Da Ros MC, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pub*. 2006;40(2):346-52.
11. Andaló CSA. Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Ágora; 2006.

12. Munari DB, Furegato ARF. *Enfermagem e grupos*. Goiânia: ABEditora; 2003.
13. Motta KAMB, Munari DB, Leal ML, Medeiros M, Nunes FC. As trilhas essenciais que fundamentam o processo e desenvolvimento da dinâmica grupal. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007;9(1):229-41.
14. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):590-95.
15. Mota KAMB, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupo. *Rev. Eletrônica Enferm*. 2006; 6(1): 150-61.
16. Yalom ID, Leszcz M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. Mailhiot GB. *Dinâmica e gênese dos grupos*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1981.
18. Osório LC. *Grupos: teorias e práticas - acessando a era da grupalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
19. Santos, ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;14(3):332-40.
20. Oliveira LMAC, Medeiros M, Brasil VV, Oliveira PMC, Munari DB. Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. *Acta Paulista Enferm*. 2008;21(3):432-8.

Endereço para correspondência: Denize Bouttelet Munari. Rua 227, quadra 68/Sn. Setor Leste Universitário, CEP 74605-080, Goiânia, Goiás. E-mail: denize@fen.ufg.br

Recebido em: 30/09/2007

Aprovado em: 30/03/2008