

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Projeto Assistencial  
Educação em saúde através de atividades de grupo:  
a orientação alimentar em questão

Rosana Maffaccioli

Porto Alegre

2003

ROSANA MAFFACCIOLLI

**Projeto Assistencial**  
**Educação em saúde através de atividades de grupo:**  
**a orientação alimentar em questão**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do Título de Enfermeiro.

PROFESSORA ORIENTADORA  
MARTA JULIA MARQUES LOPES

Porto Alegre, agosto de 2003.

## *Agradecimentos*

*À professora Marta Julia pela dedicação e  
orientação*

*Ao meu marido Adriano pelas atitudes  
amorosas e compreensivas*

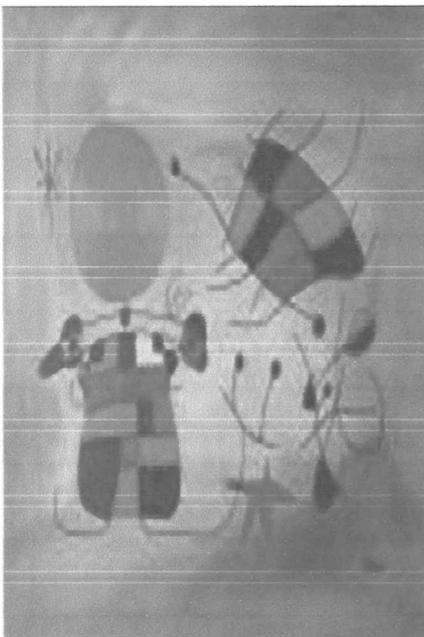
*À minha família pelo apoio e compreensão*

*Às colegas Leticia, Taíse e Milena pelo  
carinho e amizade*

*Aos amigos do GENST pelo apoio*

*À equipe do PSF Pitoresca pela acolhida  
carinhosa*

*Obrigada a todos!*



*Busco...*

*... um jogo onde as fronteiras da inclusão,  
da comunicação, da diversidade, do respeito  
pelos diferentes saberes são abertas  
e assim demarcam:  
a beleza do espaço  
a razão do encontro  
o sentido das essências  
o incentivo do Eu Coletivo  
a estima do Eu que sou Eu*

*Said, 2001.*

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	6
2 OBJETIVOS .....	10
3 A ASSISTÊNCIA EM GRUPOS COMO FERRAMENTA TERAPÉUTICA.....	11
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 Local de Desenvolvimento da Estratégia Assistencial .....	16
4.2 A Demanda do APQV .....	17
4.3 Equipe executora.....	18
4.4 Temas e dinâmicas.....	18
5 A ESTRATÉGIA: AS ATIVIDADES COM O GRUPO .....	21
5.1 Datas e descrição do local.....	21
5.2 Descrição do grupo / componentes e motivações.....	22
5.3 As atividades e atitudes.....	24
5.4 Os Conflitos .....	30
5.5 Atividades de avaliação e fechamento.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS .....	37
APÊNDICE A – Diário de campo .....	39
APÊNDICE B – Dinâmica dos desenhos .....	40
APÊNDICE C – Apoio em situações de estresse .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

O empenho em desenvolver a proposta que segue partiu da intenção em implementar um grupo que abordasse a re-educação alimentar e a qualidade de vida. A experiência adquirida, ao longo de um ano, como bolsista de iniciação científica, também justificou a opção em aprofundar esse conhecimento.

Assim, surgiu a possibilidade de estender essa idéia à elaboração de um trabalho, que atende ao requisito da disciplina de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, ao mesmo tempo, desenvolver o estágio previsto nesta etapa da minha formação.

Esta proposta, caracterizada como projeto assistencial, dirigiu-se a pacientes adultos e idosos acompanhados em nível ambulatorial, no Programa de Saúde da Família Pitoresca, situado no bairro Jardim Bento Gonçalves, no município de Porto Alegre. Esta unidade de saúde completou um ano de funcionamento recentemente, atendendo, no momento, uma população adscrita de, aproximadamente, 5600 pessoas. Até então, as atividades de assistência caracterizavam-se por atendimentos individuais. Contudo, a proposta de viabilizar a assistência no formato de grupos tornou-se realidade na rotina do serviço. Nesse contexto, vários grupos foram implantados, dentre os quais: grupo da terceira idade; grupo de hipertensos e diabéticos; grupo de cuidadores; grupo de mulheres e o grupo "APQV" - Ambulatório de Promoção da Qualidade de Vida - que constitui o *locus* central deste trabalho.

O Ambulatório de Promoção da Qualidade de Vida – APQV foi implantado no ano de 2002 nesse serviço de saúde. É um projeto que desenvolve estratégias

assistenciais e educativas visando à mudança de hábitos de vida para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Está inserido em um projeto de pesquisa-desenvolvimento intitulado "As doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida que compõe a Rede de Metodologias de Educação e Assistência na Promoção da Qualidade de Vida / Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação, financiado pelo CNPq e coordenado pela professora Marta Júlia Marques Lopes da Escola de Enfermagem - UFRGS.

O foco desta abordagem está centrado na cultura alimentar e na reeducação alimentar, particularmente. Os usuários cadastrados no APQV são sistematicamente acompanhados através de Consulta de Enfermagem com agendamento regular e eletivo.

Alguns pressupostos têm sido adotados e embasam a Consulta de Enfermagem preconizada pelo APQV, implicando estreito envolvimento relacional entre o paciente e o terapeuta. São eles, segundo Lopes, *in* Lopes, Silveira e Ferreira (1999, p. 122):

- a) a escuta ativa – que desenvolve o sentimento de "ser compreendido";
- b) a aceitação do outro – como aceitação compreensiva e não normativa além do que se pensa e do que ele diz;
- c) a empatia – que é o esforço em compreender os sentimentos das pessoas e não apenas suas idéias;
- d) a confiança – que é construída na relação de consulta e desenvolvida a partir da consciência das próprias emoções do profissional e do manejo adequado na direção da ação terapêutica;
- e) a ausência de julgamento – que se constitui em uma forte aliada no sentido de que julgar negativamente uma conduta do paciente nem sempre resulta numa atitude adequada e de adesão à terapêutica.

A proposta de implementação de grupos, buscando a complementaridade terapêutica, surge a partir da necessidade do APQV e do PSF de oferecer uma modalidade terapêutica mais abrangente, no sentido de promover educação em saúde aos usuários com conseqüente reflexo na diminuição de demanda

ambulatorial cotidiana, especialmente de pacientes portadores de danos de longa duração. A temática "hábitos alimentares", muitas vezes, configura-se na razão que leva muitos desses usuários ao atendimento individual.

Nesse sentido, entendemos que o modelo de Atenção Primária em Saúde, expandido através dos Programas de Saúde da Família (PSFs), constitui terreno fértil para desenvolvimento de táticas preventivas. Diante disso, é interessante promover propostas que integrem educação e saúde em um meio de socialização que a reunião de pessoas por intermédio dos grupos oferece.

Pensa-se que, agregados em grupo e estabelecidos os objetivos que os une, os indivíduos se posicionam em função da coletividade, reformulam-se regras a despeito de compreensões singularmente incorporadas. Corroborando com essa idéia, Fritzen (1981) defende que aprendemos melhor e mais rapidamente em grupos. Grande parte de nossas crenças, atitudes e sentimentos adquirimos nos grupos. Pelo fato de fazermos parte de um grupo, modificamos muitas vezes nossos objetivos. A experiência do grupo atua sobre nós de tal modo que chega a modificar nossos hábitos de vida, de trabalho e ainda nossos objetivos de vida.

Contextualizando o trabalho da enfermagem, vê-se que, em várias áreas, as enfermeiras estão utilizando meios para operacionalizar seu processo de trabalho e passam a incluir práticas grupais educativas, terapêuticas e reabilitadoras, voltadas a necessidades relacionadas a diferentes faixas etárias e com diferentes direcionamentos. Com isso, torna-se imprescindível que essa categoria profissional passe a pensar mais seriamente este saber, dizem Munari e Rodrigues (1997).

Já, para Ramos e Lima (2000) o enfermeiro é um educador por excelência, exercendo papel fundamental na promoção de saúde e na prevenção de doenças.

Nessa linha de raciocínio, propõe-se essa modalidade de assistência consciente de que, além de desenvolver a integralidade assistencial, valoriza essencialmente a atuação do enfermeiro enquanto educador na área da saúde. Com isso, foram traçados os objetivos deste projeto assistencial.

## 2 OBJETIVOS

Esta estratégia terapêutica visa, primordialmente, à implantação e consolidação de atividades grupais para reeducação alimentar, direcionadas a usuários do PSF Pitoresca em acompanhamento ambulatorial no APQV.

Especificamente, propõe-se:

- proporcionar a inserção mais aprofundada da equipe de saúde no cotidiano vivencial dos usuários.
- estimular a reciprocidade, o entrelaçamento de atos, idéias e sentimentos entre as pessoas;
- introduzir práticas orientadas para a educação-prevenção de agravos à saúde;
- estimular e instrumentalizar para o autocuidado;
- incentivar e instrumentalizar para realização de atividades físicas e de lazer;

*Acreditamos que essas estratégias devem compor, de forma integrada, o compromisso de cada indivíduo com sua saúde promovendo, em última instância, a valorização da vida.*

### 3 A ASSISTÊNCIA EM GRUPOS COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA

Divulga-se amplamente na mídia e o conhecimento científico estabelece nexos complexos entre hábitos de vida e o desenvolvimento de fatores de risco, os quais condicionam agravos à saúde. Entre esses fatores, sobressaem a alimentação inadequada (causando a obesidade), o sedentarismo, as situações de estresse emocional, entre outros. O reflexo dessas condições resulta, em termos epidemiológicos, no desenvolvimento das principais patologias associadas às situações de risco citadas acima. As doenças cardiovasculares, por exemplo, constituíram-se na primeira causa de morte no Brasil em 1998 (27,4% dos óbitos) e, no ano de 2000, constatou-se um número de cinco milhões de pessoas com diagnóstico de diabetes *mellitus* (BRASIL, 2002). O quadro abaixo, publicado em um caderno informativo da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade, relaciona a obesidade ao desenvolvimento de doenças associadas a essa condição:

Quadro 1 – Obesidade e doenças associadas.

CATEGORIA	EXEMPLOS
Cardiovasculopatias	Morte súbita (arritmia ventricular); cardiomiopatia associada à obesidade; hipertensão; doença coronariana; <i>cor pulmonare</i> ; doença cerebrovascular; doença vascular periférica; edema de extremidades; veias varicosas; trombose venosa profunda; trombose de veia renal; embolia pulmonar.
Doenças respiratórias	Doença pulmonar restritiva; apnéia obstrutiva do sono; síndrome da hipoventilação da obesidade; policitemia secundária.
Endocrinopatias	Diabetes <i>mellitus</i> ; dislipidemia; hipotireoidismo; infertilidade; hiperuricemia.
Doença gastrintestinal	Hérnia de hiato; litíase biliar; colecistite; esteatose hepática
Doença geniturinária	Anormalidades menstruais e anovulação; diminuição de performance obstétrica (toxemia, hipertensão e diabetes durante a gestação, trabalho de parto prolongado,

	cesariana mais freqüente); proteinúria.
Neoplasias	Mama; cérvix; ovário; endométrio; próstata; colorretal; vesícula biliar.
Doença músculo-esquelética	Osteoartrose de coluna e joelho; síndrome do túnel do carpo; gota; esporão de calcâneo; defeitos posturais.

Fonte: Guia Prático Obesidade / ABESO, p.8, s/d.

As características da maior parte dessas patologias requerem, conforme Porto (2002), a necessidade de um acompanhamento sistemático e contínuo, já que não há resolução do problema, mas a possibilidade de se viver melhor e com qualidade, evitando-se graves conseqüências. Portanto, torna-se necessário investir na reeducação alimentar, na prática de atividade física, na interação em atividades de grupo e lazer, entre outros.

Faz-se indispensável, reconhecendo essas implicações, o estabelecimento de estratégias que influenciem mudanças comportamentais e, por conseguinte, o controle e prevenção de doenças ligadas ao estilo de vida. Dentre essas estratégias, podem-se destacar as dinâmicas de grupo. Zimermann (1997), evidencia esse tema referenciando-o como possibilidade de multiplicação dos recursos assistenciais e construção de novos e eficazes modelos que possam ser mais abrangentes, multidimensionados, de maior alcance e de mais fácil acessibilidade.

As interações entre usuários e prestadores de serviços em saúde se configuram, atualmente, de forma superficial em termos comunicacionais, resultando, muitas vezes, em ineficiência do procedimento terapêutico. Silva (1996) ressalta que, não existe comunicação totalmente objetiva. Esta se faz entre pessoas e cada pessoa é um mundo à parte, com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. Diz a autora que a

percepção pessoal funciona como uma espécie de filtragem que condiciona a mensagem segundo a própria lente. Ouvimos e vemos conforme a nossa percepção.

Dessa forma, considerando as relações humanas como bases do trabalho na área da saúde, a autora conclui que a ação profissional não pode ignorar a importância do processo comunicativo. Somente diante de uma comunicação efetiva, o terapeuta pode auxiliar o paciente a conceituar os seus problemas, enfrentá-los, vislumbrar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, buscando adaptar-se a novos padrões de comportamento.

Portanto, acreditamos que, considerar os sujeitos a partir de suas condições objetivas, valores e experiências socioculturais, implica uma conveniente compreensão das informações prestadas; deve-se analisá-los como a medida e a referência para as ações e estratégias preventivas que lhes são dirigidas (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, a comunicação intermediada através das atividades de educação em saúde pode ser vista, conforme Duncan (1996), como um mecanismo de interação entre o saber científico e o popular, proporcionando a socialização do saber científico e o reconhecimento do saber popular. Constitui-se em meta de atuação que possibilita, a médio e a longo prazos, que o indivíduo exerça maior prevenção e controle de doenças as quais possam vir a instalar-se e que a coletividade seja um agente organizado de intervenção sobre os determinantes imediatos e estruturais do processo saúde-doença.

A partir dessas idéias e concepções, acreditamos na modalidade de grupos, onde a comunicação é prestigiada como elemento indispensável e *modificador ao andamento e sucesso das ações terapêuticas*. Dessa forma, Lewin, citado por Mailhiot (1973), ressalta a autenticidade das comunicações que iniciam e

se estabelecem entre os integrantes, como elemento determinante na gênese e na dinâmica de um grupo.

Somado a isso, o formato de grupo possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação entre os participantes, sendo que, muitos buscam amparo diante de seus problemas de saúde. Nesse aspecto, Zimmerman (1997) estabelece uma relação metafórica ao comparar a constituição de um grupo com uma galeria de espelhos, onde cada participante pode refletir e ser refletido *nos* e *pelos* outros, oportunizando a discriminação, afirmação e consolidação de suas próprias identidades. É estabelecida uma relação onde cada indivíduo vê-se acolhido: a situação do outro reflete a sua situação pessoal. A partir disso, constitui-se uma base de sustentação e fortalecimento de relações, em que as vivências individuais transformam-se em aprendizado.

Bersusa e Riccio (1996) afirmam que os indivíduos agregados tornam-se um grupo, a partir do relacionamento entre seus membros, sendo a reciprocidade de relações, o entrelaçamento de ações, idéias e sentimentos de pessoas, elementos para modificação de comportamentos.

Nesse caso, o suporte emocional desenvolve um meio vivencial apropriado no sentido de conscientização acerca de comportamentos que podem provocar agravos à saúde e que, em geral, isoladamente, não são entendidos sob esse enfoque. Para Munari (1997), a convivência com um grupo que reúne pessoas com problemas semelhantes pode proporcionar experiências que condicionam um ambiente de muito valor terapêutico. Cria-se uma situação que auxilia os participantes a quebrarem barreiras instituídas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões

construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas.

As considerações acima embasam a estruturação desta estratégia assistencial, complementando as recomendações obtidas a partir do âmbito individual ambulatorial. É consenso que somente a mudança no estilo de vida provocará reflexos tanto preventivos, quanto curativos a portadores de agravos à saúde de longa duração como é o caso do sobrepeso/obesidade e as comorbidades relacionadas. Acreditamos, portanto, que o provimento de recursos adjuvantes torne-se totalmente viável, especialmente nessas condições em que se observa que a influência ambiental subjuga qualquer intencionalidade individual.

## 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a implantação desta estratégia de atenção em saúde se fundamenta nos pressupostos da modalidade de projeto assistencial. Caracteriza-se pela relação íntima com a situação social, intencionalidade de encontrar soluções para os problemas e introdução de mudanças na situação social envolvida. Tem como propósitos a preocupação em racionalizar esforços e tempo na produção de bens, implantação de serviços e na descoberta de elementos que contribuam para a melhoria das condições de vida das populações. Dessa forma, Trentini e Paim (1999) destacam que esse tipo de proposta objetiva o comprometimento e beneficiamento direto com o contexto visado.

### 4.1 Local de Desenvolvimento da Estratégia Assistencial

O Programa de Saúde da Família Pitoresca localiza-se na cidade de Porto Alegre e faz parte da gerência distrital de saúde denominada Partenon - Lomba do Pinheiro, de acordo com a subdivisão municipal adotada pela Secretaria Municipal de Saúde. A área de abrangência distribui-se no bairro Jardim Bento Gonçalves, atingindo uma população de 5700 pessoas, aproximadamente. A maioria das residências possui água tratada, energia elétrica e dispõe de recolhimento diário de lixo pelo Departamento de Limpeza Urbana do município. Algumas residências ocupam áreas com risco de desabamento.

A área física do PSF possui 160 m<sup>2</sup> e divide-se em sala de espera; recepção e farmácia; banheiro público; sala de vacinas; sala de nebulização; sala para pré-consulta/triagem; sala de procedimentos; sala de preparo/esterilização de materiais; copa/cozinha; banheiro para os funcionários; almoxarifado e quatro consultórios (utilizados por médicos e enfermeiras). Um desses consultórios dispõe de uma área mais ampla que os demais e nele são realizadas as Consultas de Enfermagem e, atualmente, os grupos do APQV<sup>1</sup>.

A equipe de saúde e complementar conta com duas enfermeiras, dois médicos, quatro auxiliares de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde, dois auxiliares administrativos e um auxiliar de limpeza.

#### **4.2 A Demanda do APQV**

Atualmente, cerca de 25 usuários são atendidos regularmente no PSF Pitoresca através do APQV. Esses constituíram o público-alvo ao qual foram direcionadas as atividades de grupo. A divulgação do projeto foi realizada durante as Consultas de Enfermagem e nas residências daqueles que não compareceram no PSF até a data de início das atividades grupais. Para tanto, foram confeccionados convites e entregues aos usuários por meio dos agentes comunitários de saúde. A expectativa foi de selecionar em torno de dez pessoas por encontro, por ser esta a capacidade espacial da sala de reuniões e, conforme necessidade, estabelecer subdivisão do grupo.

---

<sup>1</sup> Ambulatório de Promoção da Qualidade de Vida

Compareceram aos encontros 12 pessoas, as quais mantiveram vínculo também através das Consultas de Enfermagem. A maioria apresenta obesidade ou sobrepeso e vários apresentam comorbidades como hipertensão arterial, sendo que somente uma pessoa possui dislipidemia. Acordou-se com os participantes que o aprazamento dos encontros seria quinzenal, o dia da semana seria a segunda-feira, e o horário de funcionamento do grupo, das 13h30min às 15h30min, salvo em situações especiais.

#### **4.3 Equipe executora**

A equipe comprometida com o desenvolvimento das dinâmicas contou com a participação e coordenação de uma acadêmica de enfermagem, além de duas mestrandas de enfermagem e duas enfermeiras do PSF Pitoresca. Um dos médicos do PSF foi convidado a participar como palestrante, abordando o tema “Ansiedade e Depressão” e uma acadêmica de nutrição, que desenvolvia seu estágio curricular no serviço, participou da discussão sobre “Orientação Alimentar” em um dos encontros.

#### **4.4 Temas e dinâmicas**

As reuniões versaram sobre temas estabelecidos pela equipe e pelos participantes, de acordo com as expectativas dos mesmos, levantados no decorrer

das atividades. Em algumas ocasiões foram confeccionados materiais informativos como complemento das temáticas.

Na primeira reunião explanou-se sobre a justificativa e os objetivos do grupo, evidenciando as dinâmicas que iriam compor os encontros (palestras, oficinas, jogos), e a importância dessa atividade para o acompanhamento assistencial reservado a esses usuários. Contabilizou-se a realização de sete encontros no período de maio a julho. Porém, nos dois primeiros grupos houve o desdobramento das atividades em mais dois dias com o intuito de acolher a todos os convidados que se esperava totalizar 25 pessoas.

O enfoque central recaiu sobre a reeducação alimentar como condição para melhoria da saúde e qualidade de vida. Considerando que muitas pessoas acompanhadas no APQV apresentam sobrepeso ou obesidade, estabeleceu-se, através dos encontros, o componente alimentar como alvo de discussão e reeducação.

Especificamente, optou-se por relatar sobre os temas e dinâmicas adotados nos encontros por meio de diário de campo que, conforme Lopes (1993), citado por Souza (2000), consiste em uma técnica de pesquisa de campo muito utilizada nos estudos antropológicos e que permite o detalhamento das informações e reflexões surgidas no decorrer da investigação ou no momento observado. Trata-se do detalhamento descritivo e pessoal acerca de interlocutores, grupos e ambientes estudados.

A receptividade, verificada através da adesão dos participantes, foi considerada como ponto decisivo para algumas alterações nas práticas desenvolvidas. Para isso, o levantamento de observações, através do preenchimento de diário de campo, constitui ferramenta útil de análise situacional.

Dessa forma essas anotações foram analisadas conforme o seguimento de um modelo estruturado de diário de campo (APÊNDICE A) que expressa uma divisão de cunho didático para a avaliação da estratégia.

## 5 A ESTRATÉGIA: AS ATIVIDADES COM O GRUPO

As atividades desenvolvidas na implantação deste projeto, como já referido, são mencionadas seguindo um modelo específico de diário de campo que serviu de elemento direcionador durante as observações. Dessa maneira, descrevem-se essas atividades e observações de forma a contemplar não somente as especificidades objetivas dessas ações, mas também o caráter reflexivo das análises colhidas.

### 5.1 Datas e descrição do local

As datas estipuladas para a realização dos grupos, inicialmente sofreram alterações, pois durante os dois primeiros encontros, o grupo permaneceu subdividido em atividades que aconteciam nas segundas e terças-feiras. O objetivo consistia em contemplar todos os participantes que haviam sido convidados. Contudo, percebeu-se que, em média, seis pessoas compareciam por reunião e decidiu-se formar somente um grupo o qual prevaleceu nas reuniões seguintes.

O local das reuniões foi um dos consultórios do PSF Pitoresca. Nesse consultório, são realizadas as Consultas de Enfermagem do APQV, o que representou uma certa familiaridade aos participantes. Contudo, objetivando acomodar a todos, era realizada, antes do início dos encontros, uma conformação mais acolhedora onde cadeiras se distribuíam centralmente; uma maca que ali se

localizava era removida para outro setor do posto; uma mesa era disposta em uma das laterais da sala e preparava-se uma mesa com chás e biscoitos à disposição das pessoas. Por ser conhecido entre os funcionários do PSF como a “sala do APQV”, esse consultório apresenta algumas características diferenciadas dos demais: um grande espelho está disposto ao fundo da sala e há um mural específico do APQV, onde são divulgados cartazes contendo aspectos de orientação alimentar, mensagens de apoio e recomendações para a realização de atividades físicas.

Esses arranjos ambientais inspiraram-se no que diz Loomis (1979), citado por Munari (1997) que, ao discorrer sobre as variáveis físicas que podem influenciar o bom andamento da atividade, orienta que o coordenador deve constantemente ter consciência da disposição do espaço físico do grupo e deve preparar o ambiente tanto o quanto possível para facilitar seu funcionamento.

## **5.2 Descrição do grupo / componentes e motivações**

O grupo formou-se a partir da demanda ambulatorial da Consulta de Enfermagem sobre re-educação alimentar preconizada pelo APQV. Sendo também essa a temática central a ser desenvolvida no convívio grupal, todos os aspectos tratados na consulta individual, passaram também a ser retomados coletivamente. Zimmermann (1997) especifica sua idéia sobre esse tipo de grupo, a qual acreditamos ser pertinente nesta abordagem, quando o caracteriza como grupos terapêuticos, considerando que existe um objetivo de mudança comportamental que culmina em mudanças pessoais significativas; incluem procedimentos de auto-ajuda e

educacionais os quais constituem tendências muito utilizadas para o tratamento da obesidade e outros transtornos alimentares.

Quanto aos componentes, alguns apresentam obesidade e outros já atingiram a meta estabelecida em consultório para redução de peso, mas optaram por continuar participando das orientações.

Nos encontros iniciais questionou-se junto aos participantes sobre as motivações que os traziam até o grupo. A maioria das pessoas relatou sobre suas condições de obesidade e/ou sobrepeso e quanto à intenção em buscar uma resolução para esses problemas, já que essas situações os prejudicavam em relação a tarefas rotineiras, profissionais e, até mesmo em relação ao convívio familiar. Evidenciou-se, por vezes, em alguns pronunciamentos, condutas passivas em relação aos próprios problemas, onde as pessoas descreviam sua condição de saúde e o quanto essa se encontrava prejudicada. Um depoimento ressaltou essa idéia quando um dos participantes declarou não visualizar sua forma física de modo negativo, somente a condição “deletéria” à saúde em consequência da obesidade o incomodava. Para outras pessoas, no entanto, sobressaíam os aspectos da socialização, da aquisição de aprendizado e a possibilidade de estabelecer diálogos acerca dos assuntos em pauta.

Pôde-se vislumbrar, dessa forma, que as diferentes motivações levantadas, encontraram novamente sustentação em considerações referidas por Zimmerman (1997) sobre os objetivos e métodos que podem ser desenvolvidos nesses grupos. Para esse autor, as informações são importantes para o compartilhamento de noções básicas sobre a doença, seu processo terapêutico e, amplamente, quanto a noções sobre o próprio funcionamento do grupo. Contudo, deve-se atentar para que essas informações se processem de forma clara e

participativa, pois a incerteza sustentada é um fator ansiogênico que poderá ser perturbador.

O mesmo autor afirma que a ressocialização inclui a possibilidade de que os integrantes de um grupo desenvolvam capacidades inibidas e/ou registrem as conseqüências de condutas inapropriadas ou estereotipadas. Há ainda o fator existencial que é relativo à noção de responsabilidade e de *escolha vital* na adoção de determinados comportamentos peculiares. Nesse caso, podem-se abordar as causas, conseqüências e benefícios secundários ao ganho e perda de peso corporal.

### **5.3 As atividades e atitudes**

As oficinas e os jogos propiciaram momentos de descontração e interação entre os participantes, fornecendo subsídios para a adesão e participação ativa dos integrantes nas temáticas desenvolvidas. As oficinas propiciaram um método, como define Araújo et al (1998), para viabilizar o labor da investigação e incorporar o significado dos atos e as relações com as estruturas sociais. Ainda, tiveram o objetivo de promover a construção do conhecimento de forma contextualizada e autogestionada.

Constatou-se que os jogos, como referem Rose Militão e Albijenor Militão (2000), permitiram competições saudáveis entre os participantes, visando da simples recreação até a viabilização de aprendizagem e reflexão. Ao final dos encontros foram propostas, alternativamente, práticas complementares que constaram de

leitura de mensagens de apoio-reflexão e realização de técnicas de relaxamento e alongamento.

As atividades realizadas nos grupos constaram de discussão sobre temas estabelecidos entre os participantes e a equipe. Apresentavam-se as temáticas alternativamente e decidia-se sobre a pauta para as reuniões subseqüentes. Os encontros configuravam-se por meio de divulgação de informações prestadas pela equipe; os participantes opinavam de acordo com suas compreensões acerca do assunto e, nesses momentos, propunham-se técnicas para dinamizar o envolvimento interpessoal. Em relação a essa forma de direcionar a atividade grupal, Duncan (1996) considera que, ao lidar com grupos, é recomendável que se abra mão de dinamismos formais, sendo mais adequada à utilização de abordagens que envolvam movimento, como teatro, painéis de colagem, desenhos, jogos, audiovisuais, etc.

Sendo assim, nos primeiros encontros, com a pretensão de iniciar a apresentação dos participantes de forma lúdica, utilizaram-se algumas técnicas que levaram em consideração esse intento. No transcorrer das atividades seguintes, foram sendo incluídos os temas definidos conforme o contexto grupal e realizadas as dinâmicas as quais eram planejadas para abrangê-los, como seguem:

***Dinâmica 1*** - os participantes acomodavam-se em suas cadeiras que eram dispostas em círculo; uma das pessoas iniciava a atividade identificando-se e atribuindo-se uma qualidade contendo a mesma letra pela qual inicia seu primeiro nome. Todos permaneciam revelando seus nomes e as qualidades eleitas, considerando que a pessoa que se apresentasse posteriormente, deveria repetir a fala anterior, até a manifestação completa dos participantes. Reconheceu-se, em algumas pessoas, comportamentos inibidos que dificultaram a tarefa de atribuírem-

se qualidades, sendo que o restante do grupo, diante disso, apontava alternativas para auxiliá-los. Outros, entretanto, mais extrovertidos, referiam qualidades que denotavam aspectos descontraídos e, com isso provocavam risos nos demais participantes. Essa dinâmica permitiu subsidiar a memorização dos nomes das pessoas, pois foi facilitada através da inclusão das qualidades atribuídas, sendo essas lembradas pelos integrantes em outros momentos grupais.

**Dinâmica 2** - nesta dinâmica de apresentação solicitou-se que os componentes formassem subgrupos, distribuindo-se em duplas, e que descrevessem uns aos outros suas características pessoais. Após um determinado tempo, cada dupla deveria se apresentar, cabendo a cada membro apresentar o colega entrevistado. Ao final, as pessoas identificavam-se e avaliavam se suas descrições estavam adequadas, caso contrário, eventuais distorções eram corrigidas.

**Dinâmica 3** - ao se tratar sobre obesidade e alimentação, os participantes teriam de expressar duas dúvidas e duas certezas a respeito do assunto. Quatro pedaços de papel e uma caneta foram fornecidos para que, individualmente, pudessem escrever o que fora solicitado. Após, os papéis foram dobrados e depositados em uma urna, a qual, ao som de uma música, percorria por todos. Ao cessar a música, a pessoa que ficasse com a urna deveria retirar um dos bilhetes depositados e ler seu conteúdo. Em sendo uma dúvida, dever-se-ia responder e se fosse uma certeza, dever-se-ia opinar.

Surgiram as seguintes considerações:

- Caminhar é muito bom para emagrecer!
- Não devemos comer, de maneira nenhuma, frituras e doces. Aumenta muito o peso!

- Tem que comer menos comida e mais salada!
- Será que pode comer depois das 10 horas da noite ou pode ser se for moderado?

- Ter força de vontade!
- Pode tomar refrigerante, mesmo que seja diet?
- Caminhar o tempo que puder!
- Será que pode comer uma torrada com um copo de leite em vez de jantar?

- Por que a gente sente mais fome no inverno?

Essa atividade propiciou uma discussão bastante relevante, pois tornou possível, a partir de avaliações emitidas pelos próprios componentes do grupo, elucidar algumas crenças sobre julgamentos erroneamente incorporados e elaborar adaptações que levassem em conta comportamentos mais adequados em detrimento das condições nocivas à saúde.

**Dinâmica 4** - ainda aludindo-se ao componente alimentar propôs-se trabalhar com as recomendações abordadas em nível ambulatorial. Foram apresentados uma série de desenhos (APÊNDICE B) os quais retratavam situações relacionadas ao tema: figuras de alimentos, pessoa verificando seu peso, equivalência entre as refeições, alimentos hipercalóricos, realização de atividade física, entre outros. Essas ilustrações eram distribuídas aos participantes que deveriam expor seus entendimentos diante do que lhes era exibido. Como na proposta anterior, foram exploradas as noções relativas ao componente comportamental. Paralelamente, em muitos momentos, o desenvolvimento dessa atividade conduziu-se por identificações situacionais, onde os participantes se

espelhavam em determinadas imagens que lhes motivavam ao enfrentamento diante de seus problemas.

Abordou-se, em outro momento, a importância dos exercícios físicos para a saúde. Inicialmente, decidiu-se argumentar a partir das implicações que o estabelecimento desse hábito representa como fator imprescindível de uma vida mais saudável. Antes porém, para que voltassem suas atenções para o assunto, os participantes foram indagados sobre o significado da palavra sedentarismo. Uma pessoa, então, referiu que sedentarismo exprime: "não fazer nada e só ficar em casa". Explicou-se que o sentido desse termo era o oposto de praticar atividade física e que essa prática, por sua vez, somente é considerada como tal se realizada três vezes por semana ou todos os dias pelo tempo de, no mínimo, 30 minutos. Tarefas diárias como os trabalhos domésticos e visitas aos supermercados não poderiam ser classificados como atividades físicas regulares.

Os benefícios, somados ao efeito na redução de peso, foram citados: diminuição dos níveis de pressão arterial e riscos cardiovasculares; redução das doses, ou mesmo a descontinuidade no uso de medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes; menor probabilidade no desenvolvimento de diabetes *mellitus*; adequação dos níveis de colesterol e triglicerídeos; melhora das condições psicológicas, amenizando episódios depressivos e de ansiedade (explicou-se sobre o mecanismo das endorfinas definindo-as como substâncias produzidas em resposta a experiências prazerosas). Após essas explicações, reproduziu-se um filme educativo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, intitulado "Atividade física e saúde" no qual aparecem pessoas envolvidas em atividades físicas e prestando depoimentos que corroboram com as informações relacionadas ao tema. Por fim, os participantes foram ensinados a calcular suas capacidades cardíacas durante o

exercício físico. Consistia em subtrair o valor referente à própria idade do número 220 (valor de referência), multiplicando o resultado por 0,7 (corresponde a 70% de esforço cardíaco). O número final deveria ser considerado no momento de aferição dos batimentos cardíacos, objetivando avaliar o esforço físico para que não se tornasse exacerbado.

Essas explanações propiciaram aos participantes cogitarem a articulação de agrupamentos de pessoas com a intenção de promoverem caminhadas em áreas disponíveis no bairro. Ao mesmo tempo, refletiu-se no encorajamento de um dos participantes em iniciar, de acordo com o seu relato, atividades físicas e promovê-las junto à sua família.

No decorrer dos encontros, aspectos emocionais foram retratados através dos diálogos. Ao se tratar sobre hábitos alimentares, principalmente, muitas declarações refletiam atitudes impotentes frente à compulsão de ingerir alimentos, geralmente hipercalóricos. A ocorrência dessas considerações proporcionou em um dia de reunião do grupo a abordagem do assunto "ansiedade e depressão". Em princípio, perguntou-se para os presentes se algum deles já teria vivenciado situações de ansiedade e todos responderam positivamente. O médico que desenvolvia o assunto afirmou então, que 100% das pessoas experimentam essa sensação e que ela está relacionada à idéia de reação-fuga. A depressão, por outro lado, correlaciona-se a reações não responsivas diante de determinadas experiências.

Na seqüência, alguns sintomas foram apresentados como característicos dessas condições psicológicas. A ansiedade provoca aceleração dos batimentos cardíacos e dificuldade em iniciar o sono; na depressão existe um desconforto torácico que não está relacionado aos batimentos cardíacos, mas sim a uma

sensação de “vazio”. Também, aqui, o padrão de sono é prejudicado, pois existe dificuldade da permanência nesse estado, ocorrendo despertar precoce durante a madrugada.

Dando seguimento à atividade, foi solicitado aos participantes relatarem vivências de situações ansiogênicas ou momentos depressivos. Uma pessoa relatou que, recentemente havia experienciado uma situação em que se sentiu muito desconfortável. Esperava sua filha voltar de um passeio, porém, o horário previsto para sua chegada já havia superado o combinado. Diante disso, referiu que ficou desesperada, perdeu o controle sobre seus atos e travou uma forte desavença com sua filha quando esta retornou do passeio. Na medida que esse fato era exposto, instalou-se no grupo uma condição de complacência o que abriu espaço para vários outros relatos semelhantes.

Por fim, foram convencionados três pensamentos básicos os quais deve-se recorrer diante dessas situações. O primeiro deles deve partir da procura de elementos para o autoconhecimento; estar consciente de que nem tudo e nem todos dispõem de perfeição e, acima de tudo, estimar a si próprio. Para solidificar essas reflexões, confeccionou-se um cartaz que fora exibido na sala do grupo para ser visualizado em reuniões posteriores (APÊNDICE C).

#### **5.4 Os Conflitos**

Mesmo implícitas, as situações de conflito em determinados momentos permearam o convívio grupal. As questões sobre as quais esses conflitos estiveram

relacionados assentaram-se sobre os objetivos do grupo, papéis desempenhados pelos participantes e sobre a coesão grupal.

Quanto aos objetivos, evidenciou-se, na forma de participação de um dos componentes do grupo, resistência em aceitar as propostas de mudança comportamental ou de atitude. As alternativas para a busca de um estilo de vida pautado em atitudes menos passivas frente às adversidades, não se faziam úteis, ao contrário, no seu entendimento, eram consideradas enfadonhas e sem credibilidade. Notou-se que esse comportamento influenciou o andamento dos assuntos que estiveram em discussão e poderia induzir negativamente a compreensão pretendida através das dinâmicas.

Nesse contexto, Munari (1997) refere que a resistência a mudanças apresenta-se como um processo naturalmente presente nas relações humanas. O investimento e esforço para o abandono de hábitos arraigados e atitudes presentes na forma de relacionamento com o cotidiano podem despertar sentimentos de ambivalência que serão tão mais intensos quanto maior for a dificuldade em vulnerabilizar-se para a aventura do novo e da mudança.

Houve momentos de frustração da equipe em relação a determinadas condutas. Muitas vezes, o assunto que estava sendo tratado era desviado para conversas colaterais que destoavam das considerações em andamento. Isso acarretava sentimento de decepção na medida que eram entendidos como desvalorização do trabalho e estagnação no processo produtivo do grupo.

Em relação a esse ponto de conflito, faz-se necessário remeter-se aos atributos desejáveis para um coordenador de grupo. Nesse caso, destaca-se, a partir da análise de Zimermann (1997) a *capacidade negativa*. Essa função consiste na condição de um coordenador de grupo de conter as suas próprias angústias de

forma que não invadam todo o espaço de sua mente. Caso contrário, terá de trabalhar sob um considerável desgaste.

A avaliação da coesão grupal mostrou que, não houve total entrelaçamento do grupo. Essa constatação pode estar ligada ao fato de que o grupo permaneceu subdividido em duas frentes nas datas iniciais de realização. Contudo, acredita-se que essa circunstância tende a desintegrar-se no decorrer dos próximos encontros, já que verificou-se, a partir de apreciações positivas, a mobilização dos participantes para a preservação do grupo. Concordando com Munari (1997), é iminente o estabelecimento da coesão grupal, na direção do estabelecimento de um certo grau de proximidade e honestidade entre as pessoas. Essas premissas permeiam e consolidam o grupo como um todo permitindo aos integrantes sentirem-se seguros para investirem verdadeiramente na proposta grupal.

### **5.5 Atividades de avaliação e fechamento**

Com intuito de resgatar as proposições trabalhadas, na fase final dos encontros, intencionou-se desenvolver algumas atividades, relacionadas aos temas que foram trabalhados em cada momento.

Em um dos primeiros dias de encontro, no qual trabalhou-se com a apresentação dos participantes e quanto às suas motivações em ingressar no grupo, a atividade de encerramento consistiu na leitura de uma mensagem intitulada "Chapéu roxo!". Descrevia o ciclo de vida de uma pessoa que ao observar-se em um

espelho, atribuía-se muitas imperfeições físicas. Ao passo que envelhecia, entretanto, foi abandonando essa atitude e permitiu-se observar mais atentamente a vida que a envolvia. Quando, aos 80 anos, deparou-se com a sua imagem em frente ao espelho, decide vestir um chapéu roxo e *sair para se divertir com o mundo*. A mensagem é finalizada com a seguinte frase: “talvez todos nós devamos pegar nosso chapéu roxo um pouquinho mais cedo... e aproveitar mais cada fase de nossas vidas”. Consentiu-se, com essa leitura, a reflexão sobre o quanto as pessoas se importam com as ocorrências supérfluas do cotidiano e quanto à brevidade que, com esse comportamento, se institui à vida.

Na ocasião em que se tratava sobre atividades físicas, definiu-se que seria vantajoso ensinar aos participantes exercícios de alongamento. Anteriormente, falou-se sobre a importância dessa prática explicando que ela deveria anteceder e suceder à realização do exercício físico. Após, ao som de uma música, os participantes posicionavam-se em pé e, seguindo as orientações da equipe, alongaram os músculos dos braços, pernas e dorso. Mesmo com certas dificuldades, constatou-se a participação de todos e o interesse em que essa abordagem fosse repetida em outras ocasiões.

Em relação ao encontro que tratou da questão da ansiedade e depressão, trabalhou-se com uma técnica de relaxamento. Primeiramente, argumentou-se sobre a adoção dessa estratégia nos momentos críticos como uma alternativa acessível de instituir o autocontrole. Essa técnica abrangeu exercícios de respiração nos quais as pessoas, dispostas confortavelmente nas cadeiras, deveriam posicionar suas mãos sobre o abdome. Na inspiração, haveria expansão torácica e na expiração, a expansão abdominal, prolongando o máximo possível essa fase.

Durante esses exercícios respiratórios, para atingir eficientemente o relaxamento, utilizou-se uma música proveniente da região da Cordilheira dos Andes. Propositamente, esse lugar fora descrito especificando-se as civilizações antigas que lá habitavam e sobre a magnitude das ruínas em meio à natureza exuberante. Os participantes, de olhos fechados, foram convidados a imaginarem a região remetendo-se a ela. Teriam uma visão de cima das montanhas e observariam a imensidão do céu em meio ao misticismo que compreende a região. Após 10 seqüências de respiração, finalizou-se a dinâmica. Sempre que se deparassem com situações de estresse emocional e se fosse possível, poder-se-ia recorrer a essa tática, não desconsiderando a imposição de pensamentos agradáveis. Essa condição é significativa na prática de atividades de relaxamento, pois o pensamento arrolado a situações de satisfação ou a visualização de cenários que causem sensação de tranquilidade, estimulam mecanismos neurológicos de indução na produção de substâncias relacionadas ao prazer (PASTORE, 2003).

A avaliação do grupo e o estabelecimento das temáticas para os encontros seguintes também constituíram a prática de finalização das reuniões. Nessas ocasiões foi possível ponderar sobre a validação das ações grupais a partir da participação e aprovação dos integrantes nas atividades sugeridas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência descrita neste projeto tem a finalidade de encorajar e embasar motivações para a construção de propostas semelhantes. Teve a intenção de analisar a assistência sob o foco educativo primeiramente, apoiando-se em elementos como a promoção das relações interpessoais que convergem para o estabelecimento de confiança e autodeterminação. Nessa condição, esperou-se criar um ambiente favorável para a revisão de comportamentos e condicionamentos decorrentes dos mesmos.

No meio grupal, foi possível reconhecer como aspecto imprescindível um espaço de socialização que promove subsídios para o suporte emocional. Além disso, implicitamente, constatou-se o potencial efeito de estimular atitudes criativas em meio às dinâmicas. Muitas vezes, os próprios participantes, conforme suas falas, surpreendiam-se diante de suas aptidões nos momentos de interação em grupo.

Por outro lado, é conveniente salientar que essas propostas configuraram uma ação de implantação e como tal, vários aspectos ainda podem ser retomados no esforço de aperfeiçoar esse tipo de assistência. Nesse contexto, ressalta-se essa experiência como oportunidade singular de aprendizagem acadêmica. Foi possível resgatar conceitos apreendidos durante o Curso de Enfermagem e lançar pretensões acerca do futuro profissional.

Acredita-se que esse recurso também favoreceu a introdução dos elementos da equipe institucional nas especificidades relacionados ao cotidiano vivencial dos pacientes. Em se tratando de um ambiente promotor de expressões individuais, torna-se um campo promissor para o desenvolvimento da reciprocidade entre a assistência e os atores a que se dirige. Portanto, o que se configura é a

possibilidade de se recriar posicionamentos ambivalentes no sentido da aproximação relacional entre terapeutas e pacientes.

O sentimento de aceitação há muito tempo vem sendo desconsiderado pelos integrantes das equipes de atendimento em saúde. Entre outras coisas, isso acarretou a descrença nessas instituições e reforçou a tendência curativa a que se propõem. Nessa perspectiva é que se fundamentam propostas como esta, que buscam resgatar a empatia e configurar-se em ações na prevenção em saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO M. F. M. et al. **Port Folio** : como trabalhamos com o método de oficinas. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE. **Guia Prática sobre Obesidade**. São Paulo, 2003.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa – Propostas metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de redução de danos**. Brasília, n. 42, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes *mellitus***. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes.htm#>>. Acesso em: 14 abr. 2003.

BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. **Trabalho em equipe – Instrumento básico de enfermagem**. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.) **Instrumentos básicos para o cuidar – Um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.

DUNCAN, B. B.; SHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial - Conduas Clínicas em Atenção Primária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FRITZEN, S. J.; **Exercícios práticos de dinâmica de grupo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1981.

LOPES, M. J. M.; SILVEIRA, D. T.; FERREIRA, S. R. S.; Educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.2, p. 121-130, 1999.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e Gênese dos grupos**. 2. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1973.

MILITÃO, A.; MILITÃO, R. **Jogos, dinâmicas e vivências grupais**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

MUNARI, D B.; RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB Editora, 1997.

PASTORE, K. A mais comum das dores. **Revista Veja**, São Paulo, ano 36, n. 27, p. 65-78, jul. 2003.

PORTO ALEGRE. Secretaria da Saúde. **Mapa de atendimento em saúde**. Porto Alegre, RS. Disponível em: <[www.portoalegre.rs.gov.br](http://www.portoalegre.rs.gov.br)> Acesso em: 06 jul. 2003.

PORTO, G. B. **Palavras desenhadas** – Um protocolo de orientação alimentar através de desenhos na consulta de enfermagem. 2002. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. O espaço de enfermagem em saúde coletiva na Rede Municipal da Saúde de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n. esp., p. 45-55, 2000.

SAID, F. A. **Dinâmicas pedagógicas na perspectiva da educação em saúde**. Curitiba: Ed. do Autor, 2001.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SOUZA, A. C. **Projeto assistencial**: a construção de um ouvidoria em saúde escolar. 2000. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem – Uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

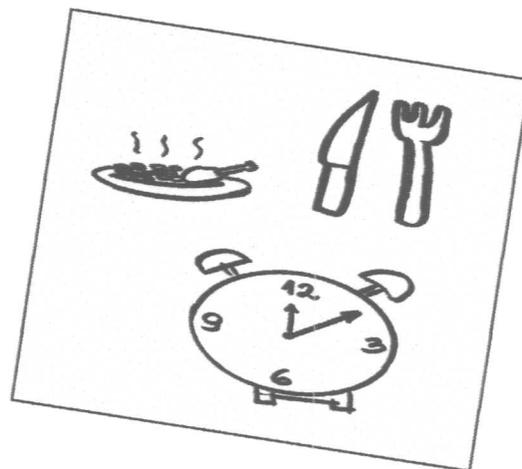
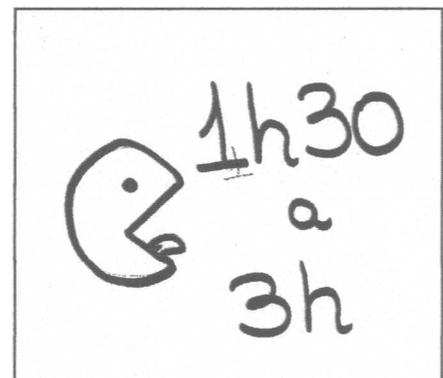
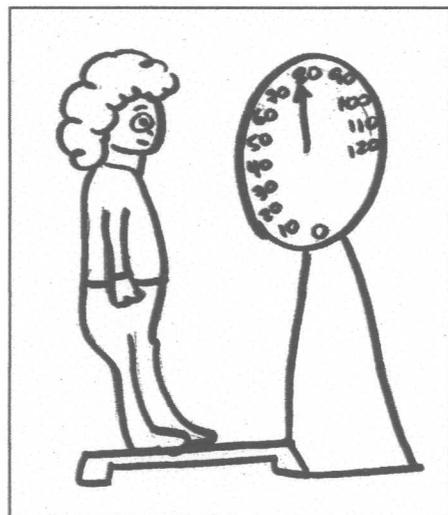
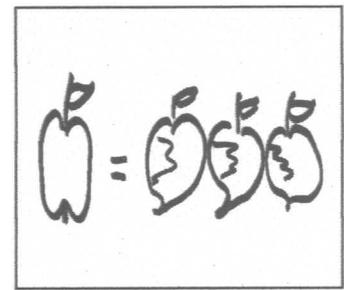
ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

APÊNDICE A – Diário de campo

## DIÁRIO DE CAMPO

<b>Datas</b>	<b>Descrição do local</b>	<b>Descrição do grupo / Componentes</b>	<b>Motivações</b>	<b>Descrição das Atividades e Atitudes</b>	<b>Conflitos</b>	<b>Fechamento</b>

## APÊNDICE B – Dinâmica dos desenhos



Elaboração: Graziela Beck Porto, mestranda em Enfermagem, EENF / UFRGS, Porto Alegre, 2003.

## APÊNDICE C – Apoio em situações de estresse

## LEMBREM-SE...

Nos momentos de ansiedade ou depressão, temos que pensar em três coisas:

- ✓ **Autoconhecimento;**
- ✓ **As coisas não são perfeitas como gostaríamos que fossem;**
- ✓ **Auto-estima: em primeiro lugar temos de nos amar.**

