

Terapia ocupacional e grupo hiperdia

Eliane Amorim Serpa^a, Ana Carollyne Dantas de Lima^a, Ângela Cristina Dornelas da Silva^b

^aUniversidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

^bDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, PB, Brasil.

Resumo: Introdução: A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são doenças crônicas, altamente prevalentes, de alto custo social, que vêm aumentando significativamente na população, representando importante problema de saúde pública, pois impactam negativamente na qualidade de vida. O grupo operativo hiperdia é uma estratégia importante para a sensibilização das pessoas acometidas por essas doenças quanto ao autocuidado, sendo uma das medidas preventivas de danos secundários. Objetivo: Relatar o processo vivenciado enquanto estagiária de terapia ocupacional em um grupo hiperdia, descrevendo as atividades realizadas. Buscou-se contribuir para as discussões necessárias a respeito do atual modelo de educação em saúde operante nestes grupos. Método: Trata-se do relato de uma experiência vivenciada durante estágio obrigatório na atenção básica, com o grupo hiperdia, desenvolvido no município de João Pessoa-PB, no período de agosto a dezembro de 2014. Resultados: As atividades foram desenvolvidas através de rodas de conversas e dinâmicas grupais, e pela arte. Estas resultaram na sensibilização do grupo acerca do autocuidado, nos esclarecimentos de dúvidas sobre a terapia ocupacional, no empoderamento de saberes e em maior participação e envolvimento dos usuários. Percebeu-se que a forma como acontecem as atividades educativas nos grupos traz ainda resquícios do modelo de educação em saúde tradicional, centrada na doença e na transmissão de informações de modo “bancário”. Tal modelo gera culpabilidade, frustrações e desistências. Conclusão: É imprescindível compreender a pessoa em sua totalidade. Os profissionais devem ser envolvidos no processo de educação permanente. Constatou-se a importância do terapeuta ocupacional neste contexto, que oferece ações eficazes.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Atenção Primária à Saúde, Terapia Ocupacional, Doença Crônica.*

Occupational therapy and hiperdia group

Abstract: Introduction: Hypertension and diabetes are highly prevalent chronic diseases, with social costs that have increased significantly, representing an important public health problem, and negatively impacting quality of life. The hiperdia operative group is an important strategy for raising awareness about self-care, one of the preventive measures of secondary damage. Objective: To describe the process experienced as an Occupational Therapy intern in a hiperdia group, describing the activities undertaken. We sought to contribute to the much needed discussions about the current education model operating health in these groups. Method: Report of the experience during compulsory training in primary care, with the hiperdia group, developed in the city of João Pessoa/PB, from August to December 2014. Results: The curriculum was developed through group discussions, dynamics and art. These have resulted in raising the group’s awareness about self-care, clarification of doubts about the Occupational Therapy, empowering knowledge, greater participation and involvement of users. We noticed that the groups’ educational activities still carry remnants of the traditional model of education in health, focusing on the disease and information in a “bank” mode. This model leads to guilt, frustration and dropouts. Conclusion: It is essential to understand the person in its entirety. Professionals should be involved in the continuing education process. Occupational therapists are highly relevant in this context that provides effective actions.

Keywords: *Diabetes Mellitus, Hypertension, Primary Health Care, Occupational Therapy, Chronic Diseases.*

Autor para correspondência: Ana Carollyne Dantas de Lima, Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Cidade Universitária, CEP 58051-900, João Pessoa, PB, Brasil, e-mail: ana_cdlima@yahoo.com.br

Recebido em Dez. 7, 2016; 1ª Revisão em Abr. 6, 2017; 2ª Revisão em Jun. 7, 2017; 3ª Revisão em Jul. 7, 2017; Aceito em Ago. 4, 2017.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

1 Introdução

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013a).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013b).

O DM e a HAS são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e mundial. No Brasil, ambas constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL, 2011, 2013a).

O Brasil tem, aproximadamente, 17 milhões de pessoas portadoras de HAS, o que representa 35% da população com mais de 40 anos. Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também tenham a doença (SILVA, 2012).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, o número total de pessoas com diabetes no mundo elevar-se-á de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030; no Brasil, elevar-se-á de 4,5 milhões para 11,3 milhões no mesmo período, tornando-se o oitavo país no mundo com o maior número de pessoas com diabetes (FREITAS; GARCIA, 2012).

Com relação ao Estado da Paraíba, o Ministério da Saúde estima que 5,3% da população apresenta diabetes, perfazendo, portanto, 207.464 paraibanos. Em João Pessoa, a estimativa é de 4,7% da população, ou seja, 36.171 habitantes com diabetes (PARAÍBA, 2014).

Conforme o Censo 2011, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), João Pessoa possui uma população de 501.245 habitantes com idade igual ou maior de 18 anos. E, de acordo com a estimativa do Ministério da Saúde, 24,2% dessa população é hipertensa (CUNHA, 2012).

Diante destes dados, deve ser cada vez mais enfatizada a importância de o indivíduo assumir maior responsabilidade quanto aos cuidados relativos à sua própria saúde. Cabe aos profissionais

de saúde lançar mão de práticas que estimulem o desenvolvimento de hábitos saudáveis, para tentar reduzir a incidência e a gravidade de complicações provenientes de DM e HAS.

Neste sentido, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT, objetivando

[...] promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado dessas doenças e seus fatores de risco (BRASIL, 2013c, p. 9).

O citado plano sustenta que o sucesso do tratamento depende da participação efetiva do usuário enquanto sujeito ativo deste processo, considerando que:

Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas (BRASIL, 2013c, p. 22).

Em 1.º de abril de 2014, foi promulgada a Portaria n.º 483, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, oferecendo atenção integral à saúde através de ações que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Entre seus objetivos específicos, consta atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e na ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia (BRASIL, 2014a).

Uma das estratégias que viabilizam esses objetivos é a utilização de grupos, que são considerados ferramentas importantes para a promoção da saúde e para a educação em saúde (GURGEL et al., 2011; FERREIRA NETO; KIND, 2011). Os grupos caracterizam-se por serem espaços de escuta, em que o coordenador indaga, pontua e problematiza as falas, para dar oportunidade para seus integrantes pensarem, falarem de si e poderem elaborar melhor suas próprias questões (BASTOS, 2010).

A modalidade grupal como uma das práticas de educação em saúde possibilita aos participantes um empoderamento de conhecimentos, discussões e críticas, e uma construção de práticas saudáveis referentes às questões de saúde (SOARES et al., 2009).

Pichon-Rivière, elaborador da teoria do grupo operativo, definiu o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas, por

sua mútua representação interna, que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis, com o estabelecimento de vínculos entre si. Em sua teoria, o citado autor destaca a relevância dos vínculos sociais, que são a base para os processos de comunicação e aprendizagem, considerando que o ser humano é essencialmente um sujeito social (PICHON-REVIÈRE, 1998).

A abordagem de grupo operativo visa estimular a independência dos seus integrantes, permitindo uma adaptação ativa e criativa à realidade, possibilitando fazer escolhas mais maduras e livres, ao mesmo tempo em que se assume maior responsabilidade por essas escolhas (FERNANDES, 2003).

Na atenção básica, os grupos são fundamentais porque funcionam como instrumentos para olhar as relações e os modos de viver no território. Olhar o indivíduo e o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e acompanhamento do sujeito (BRASIL, 2010).

Nestas perspectivas, o Modelo da Ocupação Humana (MOH) contribui para fundamentar o trabalho do terapeuta ocupacional no grupo hiperdia. Este modelo teórico possui conceitos que abordam a motivação para a ocupação e se preocupa com o quanto os indivíduos podem participar das ocupações de vida e atingir um estado de adaptação positiva (KIELHOFNER et al., 2011).

O MOH defende que a “ocupação é essencial à organização do próprio homem”. Através da ocupação, as pessoas exercitam suas capacidades e ganham muitas experiências de cada momento vivenciado. Enfatiza a intervenção centrada no cliente, de forma a tentar entender as características exclusivas do indivíduo e os variados aspectos além de disfunções orgânicas, que podem causar incapacidades em um indivíduo, com relação às suas atividades de vida diária (KIELHOFNER et al., 2011).

O MOH explica como as ocupações são selecionadas, padronizadas e realizadas, conceituando as pessoas como compostas de três elementos integrantes: vontade, habituação e capacidade de desempenho (KIELHOFNER et al., 2011). A vontade é o processo pelo qual as pessoas se motivam e escolhem quais atividades realizar. A habituação refere-se ao processo pelo qual as pessoas organizam suas ações em padrões e rotinas. E a capacidade de desempenho refere-se às capacidades mentais e físicas subjacentes, e como estas são utilizadas no desempenho (HAGEDORN, 2003).

Os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle de HAS e DM, e

[...] devem ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle destas doenças (BRASIL, 2013c, p. 21).

De acordo com Rodrigues et al. (2012), o hiperdia é o cadastramento no sistema informatizado, disponibilizado pelo departamento de informática do SUS (DATASUS), denominado Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos. Após cadastro, o usuário tem direito a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma sistematizada.

Recentemente, foi implantado o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), em substituição ao modo de cadastro anterior. O e-SUS é uma estratégia do Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica (DAB), para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão (BRASIL, 2014b).

Após o cadastro no sistema, uma das formas de acompanhamento dos usuários é a participação no grupo operativo hiperdia. Este deve ser realizado pelos profissionais da atenção básica, por meio de encontros semanais, quinzenais ou mensais, para os indivíduos participarem das atividades e buscarem as medicações prescritas. Alguns coordenadores utilizam-se das rodas de conversas e atividades dinâmicas para promover a participação dos usuários (RODRIGUES et al., 2012).

A terapia ocupacional, nos grupos operativos hiperdia, pode contribuir com um olhar diferenciado, integral, uma vez que compreende o indivíduo como um ser ocupacional dentro de um contexto, influenciando o ambiente no qual está inserido e sendo influenciado por ele. Suas ações educativas e terapêuticas são contextualizadas, centradas na pessoa e vão além da doença.

O profissional desta área pode intervir, dentre outros aspectos, na reorganização do cotidiano e das rotinas de atividades ocupacionais, valorizando a complexidade de fatores que permeiam o autocuidado. Ele auxilia na mudança de hábitos prejudiciais à saúde, mas de forma significativa para a pessoa, empoderando o indivíduo, quanto à sua responsabilidade no processo saúde-doença.

Neste contexto, o terapeuta ocupacional é um profissional capaz de oferecer inúmeras possibilidades de cuidado, quando inserido nas políticas públicas de saúde. Tais possibilidades são naturalmente compatíveis com as linhas de cuidado presentes nas estratégias de assistência à saúde (BRASIL, 2010).

Sua ampla formação nas ciências médicas, psicológicas, sociais, psicossociais e ocupacionais torna este profissional habilitado com conhecimento e ações para trabalhar com os mais variados contextos e demandas, sejam estas de âmbito individual, grupal ou de ordem comunitária (WORLD..., 2010).

O uso de atividades no contexto grupal acompanha o desenvolvimento da própria história da terapia ocupacional, principalmente pelo potencial de transformação e de reorganização de espaços asilares (MAXIMINO, 2001). Samea (2008) defende o uso do grupo por compreender que os sujeitos se constituem na intersubjetividade, ou seja, no contato com o outro. No que tange à atenção básica, os terapeutas ocupacionais têm utilizado grupos nas comunidades na perspectiva da promoção e educação em saúde para segmentos populacionais específicos, como crianças e pessoas com deficiência (JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008; GOMES; BRITO, 2013).

Levando-se em consideração a magnitude das DCNT e o impacto destas doenças na qualidade de vida, bem como a importância da utilização de grupos para enfrentamento das situações de adoecimento, este trabalho tem como objetivo relatar o processo vivenciado enquanto aluna de terapia ocupacional em um grupo hiperdia, descrevendo as atividades realizadas, enfatizando a importância do terapeuta ocupacional neste contexto, uma vez que prioriza ações centradas na pessoa e valoriza os diversos aspectos e dimensões que permeiam o autocuidado. Acreditamos poder contribuir com as discussões, que se fazem necessárias, a respeito do atual modelo de educação em saúde operante nos grupos para pessoas hipertensas e diabéticas.

2 Método

Este trabalho relata a experiência de uma aluna do quarto ano da graduação de terapia ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em um estágio curricular obrigatório supervisionado na Atenção Básica em Saúde, durante o segundo semestre de 2014, com carga horária semanal de 24 horas.

O relato se refere a uma experiência em seis encontros de um grupo operativo hiperdia, desenvolvido em uma unidade básica de saúde (UBS) do município

de João Pessoa, Paraíba. Ao final de cada encontro, eram realizados registros das impressões da estagiária em diário de campo, que serviram como base para a construção do relatório final de Estágio e para a redação deste trabalho.

As atividades foram iniciadas a partir de uma reunião com os agentes comunitários de saúde (ACS), estagiárias de terapia ocupacional e a docente/supervisora. A reunião teve como finalidade conhecer e levantar dados sobre as ações desenvolvidas na unidade para, assim, definir as intervenções durante o estágio. No transcorrer da reunião, tomou-se conhecimento dos trabalhos que vinham sendo desenvolvidos no grupo operativo hiperdia e como este funcionava na unidade.

Em reunião posterior com a docente/supervisora e estagiárias, foi decidida a participação no referido grupo, como uma das ações a serem desenvolvidas durante o estágio. Nesta decisão, considerou-se, entre outros aspectos, o bom desempenho da turma anterior de estagiários da terapia ocupacional e os resultados obtidos, que despertaram maior interesse e participação por parte dos usuários.

Após definição das ações, deu-se início ao primeiro contato com o grupo, na expectativa de observar seu perfil, características e demandas, para, em seguida, programar intervenções. O encontro teve início com uma breve apresentação à equipe de profissionais e aos demais participantes. Através deste contato, verificou-se que o grupo era aberto e o número de participantes variava a cada encontro, não ultrapassando a média de 18 pessoas.

Os participantes, na maioria, eram idosos de ambos os sexos. Eles compareciam à unidade, às quartas-feiras, pela manhã, para realizar consultas e receber medicação, sendo, então, convidados a participar do grupo.

A equipe multiprofissional que acompanhava o hiperdia era composta por médico, dentista, estagiárias de nutrição e terapia ocupacional. Os ACS participavam de alguns encontros, quando aproveitavam a oportunidade para resolver pendências e dar avisos.

As ações da terapia ocupacional no grupo hiperdia tiveram como suporte teórico o Modelo da Ocupação Humana.

Além dos encontros com o grupo hiperdia, na supervisão do estágio, a docente/supervisora e equipe de estagiárias integrantes dessa experiência reuniam-se periodicamente na UFPB, para planejamento, discussão e acompanhamento das atividades. Neste momento, eram avaliados os resultados, realizando-se

ajustes visando contribuir com a qualificação das intervenções.

3 Resultados

O grupo hiperdia era coordenado pelo médico, que sempre iniciava as atividades tecendo alguns comentários a respeito dos resultados obtidos na aferição da pressão arterial (PA) e da taxa de glicose dos usuários. Estas aferições aconteciam antes de iniciar o grupo.

O médico, rotineiramente, pontuava a necessidade do controle das taxas, enfatizando a importância do autocuidado, que deveria se dar através do uso frequente dos medicamentos, da alimentação adequada e da atividade física. Durante os encontros, costumava fazer elogios aos que atingiam as metas ideais e procurava se inteirar dos motivos do insucesso de alguns. Este momento causava certa agitação e conversas paralelas entre os presentes. Ouviam-se comentários, como:

Será que estou no grupo dos elogios ou das broncas?

Vou levar bronca novamente!

Os usuários que apresentavam alterações de PA e glicose expunham seus motivos, alegando estresse devido a problemas familiares e emocionais. Também falavam da dificuldade em mudar hábitos alimentares, pois não conseguiam abandonar seus costumes diários.

Certa vez, uma usuária relatou que costumava comer manga com farinha, que este era um hábito antigo e não queria abandoná-lo. Outra participante alegou que, mesmo obedecendo a todas as recomendações rigorosamente, sua PA e glicose estavam elevadas, e afirmou ter certeza de que a causa foi a preocupação com a cirurgia que sua irmã realizou, dizendo que tal fato lhe causou ansiedade e noites mal dormidas.

Apesar desses depoimentos, o médico e os outros profissionais que estavam no grupo foram contundentes em atribuir as altas taxas de glicose e o aumento da P.A a algum descuido na administração dos medicamentos ou erros na dieta. Os usuários que não atingiam as metas desejadas eram encaminhados para consultas individuais com o médico, para ajuste de medicação, exames, entrega de receitas, etc. Outros eram encaminhados à nutrição, para ajuste da alimentação.

Seguindo a rotina das atividades, logo após as considerações do médico, as estagiárias de nutrição abordavam temas relacionados à alimentação adequada e saudável, prescrevendo dietas e fazendo

ajustes nas mesmas. Identificou-se que, mesmo havendo uma equipe multidisciplinar, as ações não eram planejadas de forma integrada, ou seja, cada profissional fazia sua parte.

Na tentativa de integrar as ações, buscamos compartilhar as ideias nos encontros com as estagiárias de nutrição. No entanto, observamos grande dificuldade em desenvolver o trabalho realmente em equipe, apesar do bom relacionamento interpessoal entre todos.

No primeiro contato com o grupo, foram observadas, através das falas dos participantes, demandas importantes, como: questões relacionadas aos aspectos emocionais, culturais (hábitos, crenças) e do contexto familiar, citados pelos usuários como fatores que influenciavam no autocuidado. Percebeu-se a carência de escuta para aspectos significativos para eles.

Diante das demandas detectadas e considerando a importância da comunicação nas relações humanas e no contexto da saúde, foi estabelecido, como objetivo inicial, conhecer melhor os usuários, através de uma conversa. O diálogo promove a escuta, estabelece vínculo, contato e ligações com as demais pessoas. Paulo Freire, em sua ampla definição, diz:

E que é o diálogo? É uma relação horizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade (Jaspers). Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação (FREIRE, 1994, p. 115).

Buscou-se, então, saber: *Quais eram as ocupações dos usuários? Seus hábitos, costumes e crenças? Quais eram suas histórias de vida? O que os motivava? Como lidavam com o processo de adoecimento? Quais estratégias de enfrentamento utilizavam? Quais eram as dificuldades encontradas para o autocuidado?* A partir de então, foram planejadas as ações e atividades a serem realizadas no grupo.

3.1 Ações e atividades realizadas

Nos encontros, optou-se por utilizar roda de conversa, que, segundo Moura e Lima (2014), promove a ressonância coletiva, a construção e a reconstrução de conceitos e de argumentos através da escuta e do diálogo com os pares e consigo mesmo. Para as citadas autoras, as rodas de conversa consistem em:

Um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo. Um dos seus objetivos é socializar saberes e implementar a troca de experiências, de conversas, de divulgação e de conhecimentos entre os envolvidos, na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta (MOURA; LIMA, 2014, p. 4).

Considerou-se que o indivíduo acometido por DM e/ou HAS deve executar mudanças, muitas vezes profundas, em seus hábitos, para realizar o autocuidado. E que mudar hábitos exige disciplina, vontade e motivação. Então, durante o processo de acompanhamento terapêutico ocupacional oferecido ao grupo, procurou-se fundamentar as ações no Modelo da Ocupação Humana.

Nesta perspectiva, foram traçadas as intervenções. Optou-se por ações que valorizassem as características dos participantes e os aspectos significativos para eles. Almejou-se estimular o autocuidado de forma contextualizada e centrada no indivíduo. E, através de uma visão integral, contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida, obtendo-se, conseqüentemente, um melhor controle das taxas e maior adesão aos tratamentos.

Para alcançar os objetivos estabelecidos, recorremos às dinâmicas grupais, técnicas de relaxamento e respiração profunda, e à arte, expressa através de música e poesia. Na terapia ocupacional, as atividades artísticas assumem um importante lugar, pois se apresentam como um sistema de ampliação e potencialização de possibilidades, que se transformam em autoconhecimento e aprofundam a experiência do viver (CASTRO; SILVA, 2002).

A arte, por natureza, é desalienante, é um instrumento para conhecer-se e conhecer a realidade; nesse sentido, ela é 'terapêutica' e, por natureza, 'profilática' (CASTRO; SILVA, 2002). Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) afirmam que a música pode ser reveladora e/ou restauradora da alma humana, e acreditam que as canções e o cantar podem ser utilizados como recurso terapêutico, apresentando um leque de funções que dependem dos objetivos a serem alcançados.

A Tabela 1 apresenta as atividades desenvolvidas em cinco encontros, tendo em vista que o primeiro encontro visava apenas observar o funcionamento do grupo e a apresentação da equipe de estagiárias

de terapia ocupacional aos demais profissionais e aos usuários.

No grupo hiperdia, as atividades da terapia ocupacional eram sempre iniciadas por acolhimento, seguido de alongamento. O acolhimento consistia em recepcionar os integrantes, utilizando escuta qualificada, procurando saber como tinha sido a semana, como estavam se sentindo e quais expectativas traziam para o encontro.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BIBLIOTECA..., 2008).

Acolher, diferentemente de triar, é receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada caso. Significa promover condições para quem sofre expressar o seu mal-estar, pressupõe a necessidade de retornos e de avaliação do contexto familiar e social da pessoa, para a definição de um projeto terapêutico (OLIVEIRA, 2000, p. 30-46).

Os alongamentos objetivavam estimular o conhecimento do próprio corpo, relaxar a musculatura e aquecer para o momento posterior. Eram simples, uma vez que havia predominância de idosos.

Utilizou-se a técnica de respiração diafragmática, considerada a forma mais saudável de respiração, para atender a demanda emocional dos integrantes do grupo, e por ser uma atividade física fácil e segura que pode ser incorporada aos hábitos cotidianos..

Os exercícios respiratórios constituem uma modalidade das técnicas de relaxamento e são utilizados para essa finalidade há milhares de anos, principalmente entre as civilizações orientais. A respiração é um ato essencial à vida e, por vezes, inconsciente para muitos, que desconhecem seus benefícios no cotidiano de suas vidas. Se a mesma for feita de forma adequada, através dos exercícios respiratórios, poderá mostrar-se como uma medida eficaz contra o estresse. Reduzindo ansiedade, depressão, irritabilidade, tensão muscular e fadiga (DAVIS; ESHELMAN; MCKARY, 1996, p. 34).

Estudos mostram que as técnicas de respiração favorecem uma redução na média da hipertensão arterial e melhoram o padrão e a qualidade do sono (GROSSMAN et al., 2001; VISKOPER; SHAPIRA;

Tabela 1. Atividades desenvolvidas no grupo hiperdia.

ATIVIDADE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO
Dinâmica: Gosto e faço	Conhecer as ocupações cotidianas dos participantes. Discutir sobre o que é significativo para eles, o que lhes motiva e oferece prazer. Relacionar com a terapia ocupacional, que estimula as pessoas a buscarem o que é significativo para elas.	Dividiu-se uma folha de papel em quatro partes iguais, desenhando no centro um grande sinal de adição, ou seja, uma cruz, dividindo, assim, a folha em quatro quadrantes. Dentro de cada quadrante escrever: Primeiro quadrante: três coisas que gosto de fazer e faço; Segundo quadrante: três coisas que gosto de fazer, mas não faço; Terceiro quadrante: três coisas que não gosto de fazer, mas faço; Quarto quadrante: três coisas que não gosto de fazer e não faço. Material utilizado: folhas de papel ofício A-4 e canetas esferográficas.
Música: Vida boa (Composição de Vitor Chaves, cantada por Vitor e Leo)	Conhecer os hábitos e costumes dos integrantes do grupo, história de vida e a percepção que tem sobre o autocuidado. Promover discussão, através das perguntas: E, para você, o que significa ter uma vida boa? E o que acham que é necessário para tê-la?	Distribuiu-se, previamente, a letra da referida música para todos os presentes, Colocou-se o CD, solicitando aos participantes que cantassem, acompanhando a letra. Explicou-se que eram livres para cantar ou apenas ouvir a canção. Após esse momento, foi realizada uma roda de conversa, em que se lançaram ao grupo as seguintes perguntas: E, para você, o que significa ter uma vida boa? E o que acham que é necessário para tê-la? Material utilizado: aparelho de som, CD com a citada música, letra impressa.
Dinâmica: Hábitos	Provocar a discussão e reflexão sobre hábitos saudáveis e não saudáveis, ouvir percepções e conceitos.	Consistiu em escolher uma das figuras que foram dispostas sobre a mesa. Dentre as imagens expostas, estavam figuras de pessoas realizando caminhada, dormindo, dançando, comendo pizza, fumando, ingerindo bebida alcoólica, gravuras de legumes, frutas, sucos, entre outras, consideradas hábitos saudáveis e não saudáveis. Coube a cada participante escolher uma imagem e classificá-la como saudável ou não. Em seguida, foi solicitado que falassem sobre o motivo da sua escolha. Material utilizado: figuras diversas, expostas sobre uma mesa.
Poema: Recomeçar (Carlos Drummond de Andrade)	Favorecer a reflexão sobre como lidar com a frustração e a culpa, quando as metas desejadas não forem atingidas. Abordar a importância da motivação para o autocuidado.	Distribuiu-se, para os presentes, o poema impresso. Foi realizada leitura com a participação de todos. Em seguida, abriu-se discussão sobre a atividade, para que todos externassem sua interpretação. Material utilizado: poema impresso.
Automassagem	Estimular a auto-observação, principalmente dos pés, “checando” o próprio corpo, através do toque. Verificando se há partes doloridas, sensibilidade, tensões, etc.	Ao som de uma música relaxante, a pessoa sentada se automassageava, acompanhando o instrutor. Cada participante tocava levemente com a ponta dos dedos em pontos-chave do rosto, braços, abdome, pernas e parte posterior do tronco, e alongava as articulações dos pés, na medida da possibilidade de cada um. “Checando” o próprio corpo, através do toque. Verificando se há partes doloridas, sensibilidade, tensões, etc. Material utilizado: música relaxante.
Técnica de respiração diafragmática ou profunda	Ensinar a técnica de respiração profunda com a finalidade de contribuir para relaxamento, melhora da frequência cardíaca e funcionamento dos intestinos. Estimular a vitalidade dos órgãos abdominais envolvidos na produção de insulina.	Iniciou-se com exercício de auto-observação da respiração. Em seguida, foi explicada a forma correta de se respirar e seus benefícios. Realizou-se, então, técnica de respiração diafragmática profunda: solicitou-se que os usuários inspirassem lenta e profundamente através do nariz até o fundo dos pulmões, isto é, enviando o ar tão profundamente para baixo, nos pulmões, quanto possível. O tórax move-se levemente enquanto o abdômen se expande. O diafragma move-se para baixo. Material utilizado: música relaxante.

Tabela 1. Continuação...

ATIVIDADE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO
Roda de conversa sobre descanso e sono	Despertar para a importância do descanso e sono, para uma melhor qualidade de vida.	Realizou-se roda de conversa sobre quais são seus hábitos e rituais antes de dormir, quantas horas costumam dormir, o que fazem para descansar. Foram discutidas técnicas de relaxamento e terapias alternativas disponíveis em serviços do SUS. Material utilizado: Folder elaborado pelas estagiárias. Informativo com orientações sobre hábitos e posturas para se dormir melhor. Foi também discutido sobre a terapia ocupacional, através de folder com o resumo da prática profissional, visando ao conhecimento da profissão pelos participantes, já que a mesma ainda é desconhecida no Estado, devido à sua recente implementação na Universidade.
Café da manhã diet	Confraternizar, compartilhar cardápios e receitas diet. Promover diálogo sobre alimentação saudável, ouvir o que pensam a esse respeito.	O café da manhã foi composto de suco, leite, café, bolo, frutas, biscoito integral e mousse. Planejado com a orientação das estagiárias de nutrição e a colaboração da equipe de profissionais. Material: receitas impressas

PRILUCH, 2003; CHÓLIZ, 1995; TSAI, 2004; MANJUNATH; TELLES, 2005).

Kulur et al. (2009) encorajam a prática regular de respiração diafragmática como terapia não farmacológica em pacientes com doença cardíaca isquêmica, com ou sem diabetes e neuropatia diabética, junto com o tratamento usual.

As discussões e reflexões foram realizadas por meio de rodas de conversa. Neste momento, as cadeiras eram manuseadas e dispostas em forma de “U” ou circular, possibilitando assim a visualização de todos os participantes, bem como de cada membro do grupo entre si. A música e o poema foram utilizados como disparadores das discussões e reflexões sobre o cotidiano.

Com relação às atividades realizadas sobre o descanso e o sono, por serem ocupações importantes para o bem-estar e a qualidade de vida, optou-se por atividades que promovessem discussão, troca de saberes e reflexões sobre como hábitos inadequados de sono e a ausência do descanso repercutem no desempenho ocupacional do indivíduo. Este se refere às habilidades dos clientes para seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis sociais e tarefas que têm como objetivo a automanutenção, a produtividade e o lazer, tarefas essas executadas de modo satisfatório e apropriadas para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo (ZANNI; BIANCHIN; MARQUES, 2009).

O café da manhã serviu como um laboratório de experimentação de sabores e texturas, a fim de mostrar que os hábitos alimentares saudáveis saciam

a fome e também o prazer de comer Daniel e Cravo (2005) destacam a situação conflituosa em que os adultos vivem entre comer aquilo que é apreciado na cultura, como feijoada e tortas, e aquilo que é entendido como saudável.

Além dos encontros com o grupo hiperdia, na supervisão do estágio, a docente/supervisora e equipe de estagiárias integrantes dessa experiência reuniam-se periodicamente na UFPB para planejamento, discussão e acompanhamento das atividades. Neste momento, eram avaliados os resultados, realizando-se ajustes visando contribuir com a qualificação das intervenções.

4 Discussão

Nesta vivência, a utilização de metodologias que promoveram a escuta, a livre expressão e a troca de saberes, valorizando o sujeito e seu modo de conduzir a vida, mostrou-se eficaz tanto para o estabelecimento de vínculos como na construção de reflexões a respeito da corresponsabilidade do indivíduo no processo saúde-doença.

O uso de atividades significativas e contextualizadas estimulou a participação e o envolvimento dos usuários, permitindo o alcance das metas. Com base em Noordhoek et al. (2009), o uso de ocupações propositadas e significativas como estratégia de intervenção agrega valor ao tratamento, podendo repercutir positivamente nos resultados.

O compartilhamento de conhecimentos aconteceu de forma horizontal, ou seja, por meio de trocas

de saberes, através de uma abordagem criativa, participativa, holística, diferenciando-se da rotina de ações oferecidas ao grupo, que são focadas na doença e na transmissão de informação, lembrando o modelo de educação “bancária” criticado por Paulo Freire (1994, p. 33):

Em lugar de comunicar-se, o educador faz comunicados e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção bancária da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los.

As atividades desenvolvidas resultaram na sensibilização do grupo acerca do autocuidado, pois provocavam uma percepção diferente sobre a autonomia na escolha de hábitos e comportamentos mais saudáveis, e contribuíram tanto para o aprendizado pessoal dos participantes do hiperdia quanto para a equipe de estagiárias.

Zimerman (2000) explica que atividades corporais e artísticas, ao serem realizadas em grupo, proporcionam socialização, diálogo, respeito e apoio mútuos, motivação, cooperação, partilha e senso crítico frente à realidade. Esses fatores, associados, terão como consequência o crescimento pessoal dos participantes.

Estes fatos foram constatados através da observação dos indivíduos ao longo dos encontros e ouvindo seus relatos, nas rodas de conversa, durante o processo de acompanhamento. Houve depoimentos de autopercepção, da condição de se tornar ativo frente à sua própria condição de saúde, sobre resiliência, espiritualidade e estratégias de enfrentamento.

As dinâmicas realizadas desencadearam ricas discussões de temas diversos, como: a importância de descobrirmos as habilidades que possuímos, o que nos motiva e dá prazer, e a elaboração de conceitos próprios de saúde, hábitos saudáveis e não saudáveis.

Os resultados observados no grupo hiperdia mostram que o uso de tecnologias leves, ou seja, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos, repercute de forma positiva no sofrimento humano representado como Doença (MERHY, 1998). O uso de tecnologias leves é essencial para a efetivação de uma clínica ampliada, na qual se valorizam a escuta e o afeto na produção de saúde e de vida, e se evitam recomendações culpabilizantes.

Nesta perspectiva, uma das formas de tecnologias leves utilizadas foi a automassagem, que trouxe ricas falas sobre a importância da observação do seu próprio corpo, como, por exemplo, prestar atenção nos pés, na cor da pele, na sensibilidade,

e nos cuidados com calçados, manicure, uso de aparelhos para automonitorização da glicose e PA, entre outros. As técnicas de relaxamento e respiração promoveram relatos e diálogos sobre as práticas integrativas no SUS e seus benefícios.

De acordo com Brasil (2010, p. 10), as práticas integrativas envolvem:

[...] abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

A música foi o disparador de reflexões a respeito da influência dos hábitos na saúde e a responsabilidade que cada um tem sobre os hábitos adotados no cotidiano. Os participantes relataram sobre sua história de vida, seu cotidiano, e alguns relacionaram o autocuidado como um meio de ter uma vida boa.

Com relação ao poema, sua leitura gerou diálogos, reflexões e troca de experiências sobre a capacidade de recomeçar, as estratégias que cada um desenvolve para superar as dificuldades e as motivações que levam as pessoas a cada estratégia.

Os participantes expressaram sua interpretação e as estratégias que utilizavam para superar as dificuldades, relacionando com o que eles vivenciavam diariamente. Falaram sobre seus sentimentos de culpa e frustração quando “traem” a dieta, fato que desmotivava a continuar no grupo. Foram relatos ricos e se pôde conhecer melhor a percepção que os usuários tinham e a história de vida de alguns.

Embora a utilização de grupos seja uma ferramenta importante para a promoção da saúde e para educação em saúde, percebemos que a forma como acontecem as atividades educativas nos grupos operativos para pessoas hipertensas e diabéticas traz ainda resquícios do modelo de educação em saúde tradicional.

Nesta experiência, este fato também foi constatado. Observou-se, ao longo dos encontros, que a rotina das atividades é centrada na doença e na transmissão de informações de modo “bancário”. Percebeu-se o enfoque reducionista sobre o processo saúde-doença característico do modelo biomédico.

Os profissionais envolvidos constantemente enfatizam a importância da adesão aos tratamentos. E apresentam uma fórmula pronta para o autocuidado,

que pode ser representada, matematicamente, assim: Autocuidado = medicação + alimentação correta + atividade física = controle das taxas. Vale ressaltar que não se pretende negar a importância desses itens, mas faz-se muito importante também incorporar outros aspectos que envolvem o complexo processo saúde-doença e que são cruciais para estabelecer a terapêutica e melhorar o autogerenciamento da doença.

Quando algum integrante do grupo não atingia as metas ideais de controle, o médico sempre questionava ao mesmo quais dos itens da citada fórmula foram negligenciados. Observa-se que, praticamente, são desconsideradas questões ligadas ao emocional e aos contextos social, político, econômico e cultural dos usuários.

No grupo, se chama muita atenção dos participantes quanto à baixa adesão aos tratamentos, responsabilizando-os. Sabe-se que a não aderência aos tratamentos das DCNT, como HAS e DM, tem se mostrado uma questão intrigante e um desafio para os profissionais de saúde. No entanto, padronizações rígidas impedem o cuidar de forma contextualizada e não permitem visualizar o leque de variáveis que devem ser consideradas na compreensão do complexo processo que permeia o autocuidado.

A este respeito, a Organização Mundial da Saúde diz que:

Embora a culpa pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja imputada aos pacientes, a não adesão constitui fundamentalmente uma falha do sistema de saúde. A atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a aderência, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes (ORGANIZAÇÃO..., 2003, p. 5).

Percebe-se que este modelo educativo, baseado em uma fórmula rígida, gera culpabilidade, frustrações e desistências, no hiperdia. Portanto, durante a vivência, percebeu-se que o trabalho planejado em equipe multiprofissional possibilitaria múltiplos olhares que convergiriam para um cuidado integral aos usuários, contribuindo para uma menor evasão no grupo, já que essa interação profissional permite uma visualização ampliada e contextualizada do cuidar.

Entretanto, observou-se que os profissionais tinham concepções sobre grupo diferentes das estagiárias de terapia ocupacional. O grupo parecia não ter outra função senão o de reunir pessoas com diagnósticos em comum para receber orientações sobre os cuidados em saúde. Neste contexto, o grupo se dividia em dois momentos: o primeiro, com o profissional médico, o odontólogo e o nutricionista, no qual se

vigiavam as taxas e as receitas eram prescritas; e o segundo momento, no qual estagiários de terapia ocupacional promoviam espaço de escuta, reflexão e ressignificação dos hábitos cotidianos.

Gomes e Brito (2013) ressaltam que a falta de formação dos profissionais de saúde para o trabalho em equipe é uma das fragilidades do SUS e que tem afetado o desenvolvimento de uma atuação compartilhada, inviabilizando as trocas de experiência na equipe multiprofissional. Esta falta de compartilhamento pode prejudicar a qualidade da assistência ofertada ao usuário.

5 Conclusão

Esta experiência contribuiu para a reflexão a respeito da importância dos grupos operativos na atenção à pessoa hipertensa e/ou diabética, os quais colaboram para a conscientização e o empoderamento do indivíduo quanto à sua corresponsabilidade no processo saúde-doença, sendo poderosa ferramenta dentro da atenção básica.

Através dos relatos no hiperdia, constatou-se que conviver com HAS e DM não é algo tão fácil, uma vez que as condições crônicas exigem do indivíduo autocuidado permanente. E o autocuidado é um processo complexo, que envolve múltiplos aspectos, desde o simples ato de tomar medicamentos ao autoconhecimento. Requer mudanças de hábitos e de conceitos estruturados ao longo da vida, que acabam por revelar quem somos. Os hábitos dizem muito a respeito das nossas escolhas e da nossa história de vida.

Daí, ser imprescindível compreender a pessoa em sua totalidade, valorizando os aspectos significativos para ela, respeitando suas crenças, sua cultura e seus saberes, e oferecendo um olhar atento, holístico, multidisciplinar e multidimensional, cuidadosa e singularmente avaliado da perspectiva do outro (o usuário).

Logo, se conclui que compreender a pessoa em sua totalidade é um grande desafio para o profissional da saúde, que pode ser um mediador que fornece ferramentas, para que o usuário gerencie sua saúde e assuma a responsabilidade sobre ela. Tal fato revela a importância de se estimularem a autonomia e o empoderamento dos usuários, para que sejam capazes de criar suas próprias estratégias para lidarem com seus problemas e necessidades, de modo a favorecer o bem-estar e a melhor qualidade de vida.

Conclui-se também a necessidade de os profissionais dessa área serem envolvidos no processo de educação permanente, para que alcancem esta visão e ampliem seus métodos de atuação.

Outro aspecto evidente neste aprendizado é a importância do terapeuta ocupacional nos grupos hiperdia. Por ser um profissional estudioso da ocupação humana e conhecedor da ciência da ocupação, o terapeuta ocupacional entende que o homem é um ser ocupacional e as problematizações giram em torno das formas, das funções e dos significados de suas ocupações, sendo capaz de identificar como estas se relacionam com a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Esse fato é o que torna suas ações, nos grupos, eficazes.

Referências

- BASTOS, A. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo Informação*, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVSMS. *Cidades@*: João Pessoa. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 28 ago. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. *Diabetes Mellitus*. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, 2013c.
- BRASIL. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 abr. 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção básica: manual de implantação*. Brasília, 2014b.
- CASTRO, E. D.; SILVA, D. M. Habitando os campos da arte e da terapia ocupacional: percursos teóricos e reflexões. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2002.
- CHÓLIZ, M. A breathing-retraining procedure in treatment of sleep-onset insomnia: theoretical basis and experimental findings. *Perceptual and Motor Skills*, Chicago, v. 80, n. 2, p. 507-513, 1995. <http://dx.doi.org/10.2466/pms.1995.80.2.507>.
- CUNHA, N. M. *Atenção ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família: um estudo das características clínico-epidemiológicas e de organização dos serviços em João Pessoa - Paraíba*. 2012. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z. Valor social e cultural da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Ed.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 57-68.
- DAVIS, M.; ESHELMAN, E. R.; MCKARY, M. *Manual de relaxamento e redução do stress*. São Paulo: Summus, 1996.
- FERNANDES, W. J. Grupos operativos. In: FERNANDES, W. J.; SVARTMAN, B.; FERNANDES, B. S. (Ed.). *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 195-203.
- FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. *Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2012.
- GOMES, J. A.; BRITO, C. M. D. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 81-86, 2013. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i1p81-86>.
- GROSSMAN, E. et al. Breathing-control lowers blood pressure. *Journal of Human Hypertension*, New York, v. 15, n. 4, p. 263-269, 2001. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.jhh.1001147>.
- GURGEL, M. G. I. et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 610-615, 2011.
- HAGEDORN, R. *Fundamentos para a prática em terapia ocupacional*. São Paulo: Roca, 2003.
- JARDIM, T. A.; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família: evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 167-175, 2008.
- KIELHOFNER, G. et al. O modelo de ocupação humana. In: CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SHELL, B. A. B. *Willard & Spackman: terapia ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 452-467.
- KULUR, A. et al. Efeito da respiração diafragmática sobre a variabilidade da frequência cardíaca na doença cardíaca isquêmica com diabetes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, p. 457-463, 2009.
- MANJUNATH, N. K.; TELLES, S. Influence of Yoga and Ayurveda on self-rated sleep in a geriatric population. *Indian Journal of Medical Research*, Índia, v. 121, n. 5, p. 683-690, 2005.

- MAXIMINO, V. S. *Grupos de atividade com pacientes psíquicos*. São José dos Campos: UniVap, 2001.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Ed.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-142.
- MILLECCO FILHO, L. A.; BRANDÃO, M. R. E.; MILLECCO, R. P. *É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.
- MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. *Revista Temas em Educação*, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, 2014.
- NOORDHOEK, J. et al. Relato de experiência da atuação da terapia ocupacional em grupo de indivíduos reumáticos. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 13-19, 2009.
- OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. *Cadernos IPUB Online*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 30-46, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Suíça: OMS, 2003.
- PARAÍBA. *Programação especial marca o dia Mundial do diabetes em João Pessoa*. João Pessoa, 2014. Disponível em: <www.paraiba.pb.gov.br/programacao-especial-marca-dia-mundial-do-diabetes-em-joao-pessoa>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- PICHON-REVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- RODRIGUES, F. et al. O funcionamento e a adesão nos grupos Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, 2012.
- SAMEA, M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 85-90, 2008.
- SILVA, S. T. *Fatores de risco cardiovasculares em usuários do hiperdia de uma unidade básica de saúde do município de Criciúma/SC*. 2012. 52 f. Monografia (Especialização em Nutrição Clínica) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.
- SOARES, L. C. et al. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 118-123, 2009.
- TSAI, S. L. Audio-visual relaxation training for anxiety, sleep, and relaxation among Chinese adults with cardiac disease. *Research in Nursing & Health*, New York, v. 27, n. 6, p. 458-468, 2004. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20039>.
- VISKOPER, R.; SHAPIRA, I.; PRILUCH, R. Nonpharmacologic treatment of resistant hypertensives by device-guided slow breathing exercises. *American Journal of Hypertension*, New York, v. 16, n. 6, p. 484-487, 2003. [http://dx.doi.org/10.1016/S0895-7061\(03\)00571-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0895-7061(03)00571-5).
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – WFOT. *Statement on occupational therapy*. London, 2010. Disponível em: <<http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2015.
- ZANNI, K. P.; BIANCHIN, M. A.; MARQUES, L. H. N. Qualidade de vida e desempenho ocupacional de pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia. *Journal of Epilepsy Clinical Neurophysiology*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 114-117, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-26492009000300004>.
- ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Contribuição dos Autores

Eliane Amorim Serpa foi responsável pela organização das fontes de informação, estruturação e redação do texto. Ana Carollyne Dantas de Lima foi responsável pela concepção e redação do texto. Ângela Cristina Dornelas da Silva foi responsável pela redação e revisão do texto final. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.