

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Vivenciando o processo de educação em saúde na reabilitação física

Miriam Alarcon, Simone Nunes Pereira, Jaqueline Dias do Nascimento Selleti, Maria José Sanches Marin

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2384>

Submetido em: 2021-05-25

Postado em: 2021-05-31 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Vivenciando o processo de educação em saúde na reabilitação física

Simone Nunes Pereira¹

<http://orcid.org/0000-0001-6601-7719>

Miriam Fernanda Sanches Alarcon²

<http://orcid.org/0000-0002-2572-9899>

Jaqueline Dias do Nascimento Selletti³

<https://Orcid.org/0000-0002-4249-4809>

Maria José Sanches Marin⁴

<https://Orcid.org/0000-0001-6210-6941>

RESUMO

Objetivo: Interpretar e construir um modelo teórico da vivência do usuário no processo de educação em saúde no cenário da reabilitação física. **Método:** Pesquisa qualitativa, pautada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O cenário foi um Centro de Reabilitação da Rede Lucy Montoro localizado no interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada a partir de 28 entrevistas com três grupos amostrais. O processo de coleta e análise foi guiado por amostragem teórica. **Resultados:** Emergiram 122 códigos conceituais. Foi estabelecida como a categoria central “Vivenciando a educação em saúde na reabilitação”, como Condições, as categorias: contando com o apoio da equipe e ponderando sobre a dinâmica de grupo; como Ações-Interações, a categoria: experienciando orientações e; como Consequências as categorias: promovendo mudança de hábitos e encontrando resistência no seguimento. **Conclusão:** A vivência dos participantes no processo da educação em saúde na reabilitação indica que se trata de uma ação que demanda comunicação adequada e acolhimento pela equipe. Nas atividades em grupo, embora exista trocas de experiências entre os integrantes, é necessário considerar a heterogeneidade de situações.

DESCRITORES: Reabilitação; Pessoas com deficiência; Educação em saúde.

Experiencing the health education process in physical rehabilitation

ABSTRACT

Objective: To interpret and build a theoretical model of the user's experience in the health education process inside the physical rehabilitation scenario. **Method:** Qualitative research, based on Grounded Theory (PDT). The setting was a Rehabilitation Center of the Lucy

¹Faculdade de Medicina de Marília - Marília (SP) – Brasil;

²Universidade Estadual do Norte do Paraná – Bandeirantes (PR) – Brasil;

³ Universidade Federal do Paraná – Curitiba (PR) – Brasil;

⁴Faculdade de Medicina de Marília - Marília (SP) – Brasil.

Montoro Network located in the interior of São Paulo State. The Data collection was performed from 28 interviews with three sample groups. The collection and analysis process was guided by theoretical sampling. **Results:** 122 conceptual codes emerged. It was established as the central category: "Experiencing health education in rehabilitation". As conditions, the following categories: counting on the support of the team and pondering the group dynamics; as Actions-Interactions, the category: experiencing orientations; and as Consequences, the categories: promoting change of habits and encountering resistance in the follow up. **Conclusion:** The participants' experience in the process of health education in rehabilitation indicates that it is an action that requires adequate communication and welcoming by the team. In group activities although the exchange of experiences exist among the members, it is necessary to consider the heterogeneity of situations.

KEYWORDS: Rehabilitation; People with disability; Health education.

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de deficiência. No Brasil, o número de pessoas com deficiência, em 2010, era de aproximadamente 23,9% da população e, destes, 7% apresentam deficiência física/ motora que, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, diz respeito a pessoas com alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que acarreta o comprometimento da função física⁽¹⁾.

No Brasil, as causas mais comuns de deficiência física estão relacionadas à amputação - 13,9:100.000 habitantes/ano; traumatismo crânio encefálico (TCE) meio milhão de pessoas anualmente; trauma raquimedular seis a oito mil casos novos por ano e; doenças neurodegenerativas, incluindo a neuropatia periférica 1:2500 e a esclerose lateral amiotrófica (periférica) até 1 a 2,5:100 000⁽²⁾.

Diante desta realidade, a saúde da pessoa com deficiência tem alcançado maior visibilidade nos últimos anos, resultando em políticas que visam à construção de serviços em consonância com o princípio da integralidade do cuidado⁽³⁾.

Como exemplo desse movimento, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência, pautada pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, estabelece responsabilidades institucionais para a oferta de condições para reabilitação das pessoas com deficiência e diretrizes para a assistência, proteção e garantia de saúde de

forma integral ⁽⁴⁾. Nesta direção também foi proposta a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída por meio da portaria nº 793 de 24 de abril, de 2012, com diretrizes que ampliam o acesso, articulação e criação de novos pontos de atenção à saúde, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional e interdisciplinar às pessoas com deficiência ⁽⁵⁾.

Dentre as frentes de cuidado à pessoa com deficiência, foi criada a Rede de Reabilitação Lucy Montoro, pelo decreto 52.973/2008 do Governo do Estado de São Paulo, com a finalidade de proporcionar avançado tratamento de reabilitação para pessoas com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensório-motoras, visando atingir o maior nível de independência física e funcional do indivíduo, bem como, promover a interação de suporte junto aos familiares, numa visão holística no cuidado. Envolve assistência de caráter multiprofissional e interdisciplinar, especializada na área da Medicina de Reabilitação, composta por enfermeiros, médicos fisiatras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos e fonoaudiólogos, tendo a Educação em Saúde como estratégia de assistência ⁽⁶⁾.

A Educação em Saúde, no último século, passou por profundas mudanças conceituais, das práticas dela decorrentes, deixando de ser vista como a transmissão de informação de caráter higienista-sanitário, realizada em contextos formais e orientada para a prevenção ou o tratamento de doença. Passar a ser entendida como a capacitação dos indivíduos para controlarem os seus próprios determinantes de saúde, por meio do desenvolvimento de competências de ação ⁽⁷⁾. Busca-se, desta forma, a autonomia das pessoas no modo de levar a vida.

Entretanto, embora a Política Nacional de Saúde tenha como eixo a promoção da saúde, a qual se fundamenta essencialmente na educação em saúde, observa-se uma escassez de estudos com abordagem sobre o tema no contexto da reabilitação. Sendo assim, o presente estudo parte do seguinte questionamento: qual a vivência dos usuários em relação à educação em saúde em serviços especializados em reabilitação?

Considerando a complexidade da prática de Educação em Saúde em suas diferentes formas de abordagem, desvelar a vivência de Educação em Saúde no cenário da reabilitação, sob a ótica dos envolvidos nesse processo, pode ser uma oportunidade para reflexões sobre essa prática. O objetivo deste estudo é interpretar e construir um modelo teórico da vivência do usuário no processo de educação em saúde no cenário da reabilitação física.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou o método da Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos dados (TFD), na perspectiva construtivista do método⁽⁸⁾.

Local

O cenário foi um Centro de Reabilitação da Rede Lucy Montoro localizado no interior do Estado de São Paulo.

Amostragem teórica

O processo de coleta e análise foi guiado por amostragem teórica, conforme preconiza a TFD, divididos em três grupos amostrais. A obtenção da amostragem teórica iniciou-se com a coleta de dados do primeiro grupo amostral, aqueles que vivenciavam o fenômeno, que foi composto deficientes físicos, tendo como critério de inclusão estar inseridos em programa de reabilitação da instituição e ter condições cognitivas para fornecer informações. Foram excluídos aqueles com menos de seis meses de tratamento no centro Lucy Montoro.

Na construção do primeiro grupo amostral com o uso do método comparativo constante, utilizando memorandos teve-se a seguinte hipótese de que os familiares e acompanhantes poderiam contribuir com a compreensão do fenômeno pois, observou-se o grande envolvimento e dependência do familiar/cuidador que os acompanham no processo de reabilitação, surgindo assim, questionamentos sobre como essas pessoas observam as vivências da reabilitação do seu familiar, sendo constituído então, o segundo grupo amostral. Foram excluídos familiar/acompanhante que exercia esse papel esporadicamente.

Os profissionais de saúde são atores importantes da vivência em educação em saúde do usuários pois cabe a eles o desenvolvimento das atividades no processo de reabilitação. Assim teve-se a hipótese de que os profissionais de saúde poderiam contribuir com a visão da dinâmica do processo de reabilitação sob o fenômeno.

Por fim, um terceiro grupo amostral se fez necessário, sendo composto por profissionais da equipe multiprofissional atuantes diretamente na prática assistencial no cenário da reabilitação há pelo menos um ano, sendo excluídos profissionais em afastamento por qualquer motivo no período da coleta de dados da pesquisa.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de janeiro a outubro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada registrada por meio de gravação digital de voz.

A entrevista iniciou com uma ficha de dados sociodemográficos para todos os entrevistados e questões específicas para cada grupo amostral. O questionário foi alterado para cada grupo e participante como o previsto pela TFD. Para os deficientes físicos contou com a seguinte questão norteadora: Qual a sua vivência em relação à educação em saúde no centro de reabilitação? Para os familiares foi realizada a seguinte questão: Você percebe o andamento das atividades que são orientadas na reabilitação? E para os profissionais foi perguntado: Fale das práticas educativas que são realizadas neste Centro de Reabilitação, conforme o conteúdo das respostas, outras questões iam sendo perguntadas. As entrevistas foram realizadas no momento da permanência dos participantes no centro de reabilitação.

Análise e Tratamento dos dados

O tratamento do material das entrevistas seguiu processo de codificação conforme a vertente metodológica construtivista de Charmaz, a qual ocorre em três etapas: codificação inicial, codificação focalizada e codificação teórica. Na codificação inicial, os dados foram fragmentados e analisados com objetivo de conceitualizar ideias e/ou significados expressos pelos participantes, transformando-os em códigos. Nesta etapa emergiram 968 códigos.

A codificação focalizada, segunda etapa de codificação na perspectiva construtivista, permite separar, classificar e sintetizar grandes quantidades de dados. Nessa etapa, os códigos elaborados são mais direcionados, seletivos e conceituais ⁽⁹⁾, sendo identificados 122 códigos nesta etapa.

A codificação teórica é um nível sofisticado de codificação que segue os códigos selecionados durante a codificação focalizada. Os códigos teóricos especificam as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas na codificação focalizada ⁽⁹⁾. Para auxiliar no estabelecimento de relações entre as categorias e na identificação do fenômeno da pesquisa, utilizou-se da ferramenta analítica paradigma da codificação ou modelo pragmático, os “3Cs”: condições, ações-interações e consequência ⁽¹⁰⁾. Nesta etapa emergiram 05 categorias e 09 subcategorias.

Desde a primeira entrevista, os dados coletados foram transcritos, codificados e, ao serem analisados, conduziram à próxima coleta e análise comparativa de dados, sucessivamente, até a saturação dos dados. A validação do modelo teórico foi realizada por duas profissionais da área da saúde que compôs a Banca de qualificação da dissertação.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da instituição proponente, sob parecer nº 3.077.526. Para manter o anonimato das informações, os participantes foram identificados nas citações pelas letras P (Paciente), A (Acompanhante) e E (Equipe), seguida de número ordinal correspondente as falas (P1, A1... E10).

RESULTADOS

Foram 28 participantes da pesquisa, sendo 10 deficientes físicos, 08 acompanhantes/familiares e 10 profissionais da equipe multiprofissional.

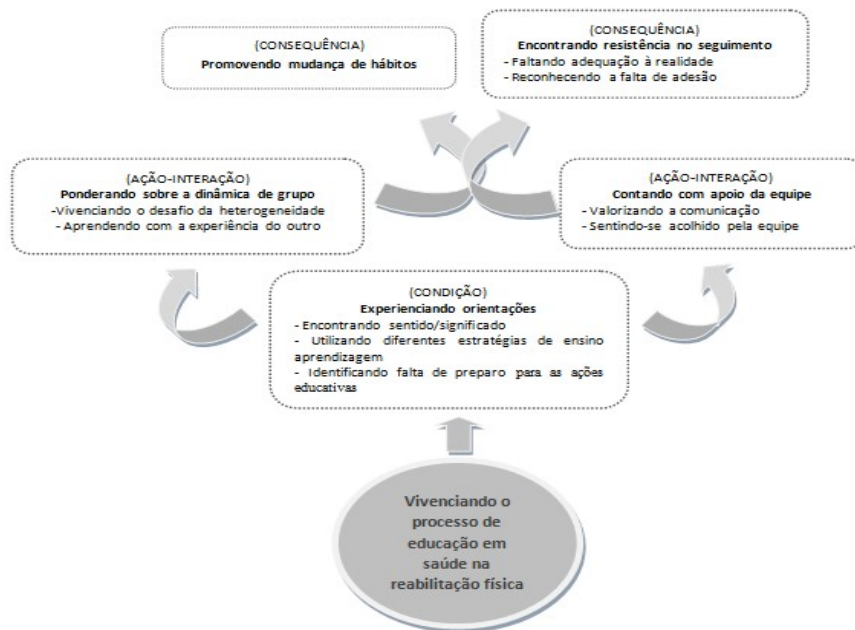
Na caracterização dos participantes, em relação aos deficientes físicos, foram cinco do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idade entre 24 e 68 anos, e com escolaridade entre ensino médio incompleto (30%) e completo (30%). Dos entrevistados, quanto ao tempo de deficiência, variou entre oito meses a três anos, exceto um caso de deficiência pós-parto.

Em relação aos familiares/acompanhantes, a idade variou entre 32 a 71 anos, predominância do sexo feminino (75%), 62,5% estão vivenciando pela primeira vez a experiência de cuidador e 87,5% possui vínculo consanguíneo com a pessoa com deficiência.

Os profissionais entrevistados foram na sua totalidade do sexo feminino, com idade entre 25 a 46 anos. Tempo de formado entre quatro a dezesseis anos e de atuação profissional de quatro a quinze anos. Quanto à categoria profissional foram entrevistados duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, duas terapeutas ocupacionais, uma fonoaudióloga, uma enfermeira, uma nutricionista e uma educadora física.

Foi estabelecida como a categoria central “Vivenciando a educação em saúde na reabilitação”, como Condições, as categorias: contando com o apoio da equipe e ponderando sobre a dinâmica de grupo; como Ações-Interações, a categoria: experienciando orientações e; como Consequências as categorias: promovendo mudança de hábitos e encontrando resistência no seguimento, onde suas relações, culminou na elaboração da figura 1.

Figura 1 – Diagrama representativo do modelo teórico vivenciando o processo de Educação em Saúde na reabilitação, Marília, SP, Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração própria

Experienciando orientações

Experienciando orientações é a condição do fenômeno e expressa as orientações realizadas associadas às situações cotidianas, de modo a considerá-las como essenciais, produtivas e esclarecedoras. Ocorre quando os participantes encontram sentido/ significado, quando utilizam diferentes estratégias de ensino e identificam falta de preparo para as ações educativas.

Acrescenta-se que as orientações realizadas pelos profissionais auxiliam na compreensão dos cuidados relacionados às doenças e no reconhecimento da importância das atividades propostas no processo de reabilitação. Há indicativos de que, é possível explicar as perdas decorrentes da deficiência, visando à compreensão sobre o que está acontecendo, ampliando o envolvimento e a cooperação nas atividades desenvolvidas.

(...) Eu aprendi várias coisas que eu não sabia e eu consigo aprender com o que explicam (...) tudo que é trabalhado aqui está na vida da gente no cotidiano. (P4).

A gente explica todo o processo das perdas decorrentes da instalação da deficiência (...) ele passa entender o que está acontecendo (...), eles constroem uma história na reabilitação muito mais consistente, muito mais consciente e muito mais participativa. (E5)

Observa-se a existência de formas distintas de realização das ações educativas no processo de reabilitação, onde em algumas circunstâncias os profissionais utilizam o

momento da própria intervenção da atividade física, individualmente ou em dinâmica de grupo, de forma dialogada e exemplificada e em outras circunstâncias utilizam dinâmicas como aula expositiva, uso de recursos áudio visuais e didáticos.

(...) mostra no computador tudo certinho os alimentos que fazem bem, os que tem mais colesterol, que nem a carne vermelha, essas coisas de gordura (P9).

A gente não usa recurso. A gente usa o atendimento mesmo e exemplifica com as atividades que eles fazem aqui (...). A gente faz junto com o paciente e explica(...) (E7).

Na vivência das ações educativas no processo de reabilitação, especialmente os profissionais sentem que necessitam de maior preparo para desenvolvê-las, uma vez que, acreditam desconhecer possíveis estratégias que auxiliariam na melhora dessa prática.

(...) A gente não tem embasamento teórico nenhum para realizar as nossas aulas, porque realmente melhoraria muito a nossa prática. Porque a gente trabalha muito conteúdo que é uma coisa que a gente domina, mas a forma como a gente vai passar para o paciente eu nunca pensei nisso, de qual seria a melhor forma de ensinar mesmo (E2).

Ponderando sobre a dinâmica de grupo

Ponderando sobre a dinâmica de grupo é ação/interação do fenômeno e refere-se a vivência diante do desafio da heterogeneidade dos participantes e do aprendizado com as experiências do outro, conforme se descreve a seguir.

Os participantes da pesquisa indicam que no trabalho em grupo é preciso considerar a heterogeneidade dos participantes, uma vez que cada integrante apresenta especificidades em relação ao diagnóstico e ao prognóstico, o que representa um grande desafio, pois pode gerar ainda mais angústia e frustração nos envolvidos na atividade. Além disso, para os deficientes físicos determinadas atividades em grupo podem se caracterizar como constrangedoras, uma vez que tratam da intimidade de cada pessoa.

(...) às vezes é um grupo tão heterogêneo que pode gerar mais angustia e mais frustrações nos pacientes. (...) é muito complicado, pensando na questão emocional mesmo. (E4)

(...) igual ela falava “- E sobre urina? (...) Se você me perguntar aqui sozinho, nós dois, eu vou conversar, mas com quatro, cinco pessoas que eu não conheço (...) ah eu não gostava não. (P3)

Diante dessa realidade, nota-se que os profissionais buscam alternativas com a finalidade de manter a modalidade do atendimento em grupo e, ao mesmo tempo, contemplar as demandas individuais. No contexto analisado também se verifica profissionais que fazem opção por não realizar atividades com grupos, dada a complexidade e individualidade das condições que eles apresentam.

(...) eu tenho que respeitar a individualidade de cada um. (...), a gente consegue discutir aquele tema, dentro daquele grupo, mas de diferentes maneiras, onde todos participam e todos entendem a necessidade de cada um de maneira diferente. (E6)

Então, na Fono a gente não faz grupo, nós atendemos individual. Porque seria muito difícil. Como os pacientes chegam de jeitos muito diferentes. (E10)

Mesmo com tais dificuldades na abordagem grupal, os participantes reforçam que há troca de experiências e formação de vínculo entre os envolvidos, destacando a atividade grupal como estratégia valiosa para o desenvolvimento das ações educativas em saúde e crescimento mútuo dos envolvidos.

Você acaba vendo a experiência do outro. Tem muita coisa que você se espelha no outro, então, acaba te fortalecendo. (P6)

Tem dado retorno positivo, eles se reconhecem ali no outro (...) eles criam vínculo. A gente percebe então que um também vai estimulando o outro a buscar (...). (E4)

Contando com apoio da equipe

Contando com apoio da equipe é ação/interação do fenômeno e refere-se à valorização da comunicação e o sentimento de acolhimento advindo da equipe de reabilitação.

Nos relatos nota-se uma valorização na forma como a comunicação é efetivada, uma vez que existe diálogo e respeito pela autonomia da pessoa com deficiência na tomada de decisão frente à reabilitação. Assim, a pessoa com deficiência sente-se parte integrante do processo.

Elas sempre conversavam comigo, me deixavam a vontade sobre a terapia. (...) Todas elas sempre trabalharam essa parte assim de deixar essa possibilidade de fazer alguma mudança em alguma parte que não estava bom pra mim. (P3)

Quando eu tenho dúvida eu gosto de perguntar (...) eu chego e falo: eu não estou conseguindo (...) e então a gente trabalha (...). (P9)

O sentimento de afeto vivenciado pelas pessoas com deficiência e seus familiares/acompanhantes, foi citado como diferencial da equipe de reabilitação, numa visão de acolhimento e comprometimento, refletindo em incentivo à aprendizagem.

O amor eu acho que ajuda muito o paciente (...) você sabe que às vezes a gente até se emociona (...) aqui é todo mundo que precisa, são todos deficientes, a gente vê que vocês têm o carisma, a paciência. (A1)

(...)aqui estou aprendendo com quem sabe (...) só tenho a agradecer de ter a oportunidade de estar aqui, de aprender, de poder aprender e passar para ela e ver o carinho que todo mundo tem com a gente, com ela (...). (A8)

Encontrando resistência no seguimento

Encontrando resistência no seguimento é a consequência do fenômeno e refere-se às dificuldades encontradas pelos participantes em seguir as orientações desenvolvidas nas ações educativas do processo de reabilitação. Ocorre quando os participantes não aderem às orientações, por não considerarem que se adéquam à realidade em que vivem, além de não encontrarem apoio dos familiares no domicílio.

Eu gosto de comida forte (...) elas falam que não é para comer. Ela me dá até um cardápio, (...) tomar suco, comer umas bolachas (...) e eu não tenho nada disso. É bom, só que a orientação que ela diz pra mim, eu não faço correta. (P5)

Tenho um pouco de dificuldades de fazer em casa as coisas que eles me pedem aqui. Porque eu moro com meus avós e não conto com o auxílio deles e nenhum apoio (...). (P2)

Há o reconhecimento de que a adesão aos conteúdos desenvolvidos no processo de educação em saúde é de grande relevância na continuidade do tratamento, entretanto, nem sempre são seguidos pelas pessoas com deficiência, fazendo emergir sentimento de frustração entre os profissionais, especialmente quando percebem que houve uma complicação.

Nossa! A gente tem tanta expectativa, mas às vezes elas são muito frustradas. Você vê um paciente que saiu AVC e voltar amputado (...) é muito triste. Porque você sabe que ele simplesmente não seguiu nada do que você falou (...)(E2)

Promovendo mudança de hábitos

Promovendo mudança de hábitos é a consequência do fenômeno e refere-se a mudança de hábitos vivenciada pelos participantes com a compreensão das orientações, resultando em controle clínico, qualidade de vida e prevenção de agravos.

Eu vejo que passam conhecimentos, que dão informações para a pessoa ter uma mudança de um hábito (...) se gera mudança é porque a educação está sendo eficiente. (E8)

O liquido, principalmente água, ele tinha muita dificuldade em tomar água e agora já está bem melhor. Com o aprendizado a gente vai evoluindo cada vez mais. (A1)

Vivenciando o processo de educação em saúde na reabilitação física

Vivenciando o processo de educação em saúde reabilitação física é a categoria central do fenômeno e tem como condições, as categorias: contando com o apoio da equipe e ponderando sobre a dinâmica de grupo; como Ações-Interações, a categoria: experienciando orientações e; como Consequências as categorias: promovendo mudança de comportamento e encontrando resistência no seguimento.

As ações educativas no processo de reabilitação demandam apoio da equipe de saúde que ocorre por meio da comunicação adequada e acolhimento; e, ao ponderar sobre a dinâmica de grupo, os participantes do estudo identificam que nele vivencia-se a heterogeneidade de situações. Mesmo assim, no espaço grupal existem trocas de experiências entre eles.

No movimento de ações-interações eles vivenciam as orientações, as quais são realizadas por meio de diferentes estratégias de ensino-aprendizagem, encontram sentido das mesmas, vislumbram a continuidade do cuidado no domicílio e sugerem a necessidade de maior capacitação dos profissionais, visando a melhoria das práticas.

Como consequência elencam, sob uma perspectiva as ações educativas promovem mudança de comportamento e, por outro lado, que muitas vezes falta adequação à realidade e, assim, reconhecem a dificuldade de implementar as ações.

DISCUSSÃO

A vivência do processo de educação em saúde na reabilitação se trata de um fenômeno complexo, que envolve uma multiplicidade de fatores. Ao interpretá-lo sob a perspectiva dos diferentes grupos amostrais (pessoa com deficiência, familiares e profissionais) foi possível evidenciar que se trata de uma intervenção imprescindível, visto que a finalidade da reabilitação é trazer aplicações ao cotidiano da pessoa com deficiência.

Na educação para a saúde há um novo enfoque nas práticas educativas, de modo a fortalecer a capacidade de escolha das pessoas, permitindo que estas participem ativamente no processo de tomada de decisão e de implementação de estratégias para a melhoria das suas condições de saúde^(11, 12).

Compreende-se que, no processo de educação em saúde, especialmente quando se trata do processo de reabilitação, inicialmente, a pessoa se conscientiza das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais para, na sequência, ter condições de envolvimento efetivo. Na reabilitação, é preciso entender os processos de transição (saúde-doença-deficiência) e desenvolver terapêuticas que ajudem as pessoas a recuperarem a estabilidade e o bem-estar, visando à capacitação e o empoderamento para fazer face à continuidade da sua vida⁽¹¹⁾. Nesta perspectiva, mesmo que as atividades em grupo ofertadas na reabilitação tenham como limite a heterogeneidade das situações, a convivência com o outro e a troca de experiência contribuiu para o enfrentamento desta difícil tarefa.

Mesmo frente aos desafios, a dinâmica de grupo é concebida como instrumentos a serviço da autonomia, autocuidado dos indivíduos e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e das condições de vida. O grupo promove o contato entre diferentes sujeitos e possibilita novos movimentos e experiências a partir do encontro com o outro, configurando, desse modo, tanto um espaço de conjunção de singularidades, instância que remete à diversidade de sujeitos, quanto do compartilhado, ligação da pluralidade⁽¹³⁾.

Tem-se considerado que a convivência com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona ajuda aos participantes no sentido de quebrarem barreiras e de receberem feedback e sugestões construtivas para o seu cuidado. Sendo assim, o grupo pode ser uma valiosa alternativa para auxiliar no enfrentamento de condições geradoras de sofrimento⁽¹⁴⁾.

Em vista disto, a modalidade de atendimento em grupos tem ganhado espaço nos serviços de saúde, uma vez que possibilita a otimização do trabalho com a diminuição das consultas individuais, minimizando a lacuna da carência assistencial existente na saúde pública brasileira⁽¹⁵⁾. Entretanto, atenta-se para o fato de muitas vezes o grupo acontecer

apenas como uma prática de cumprimento de etapas previstas e requeridas por gestores, pois existe ainda um despreparo dos profissionais acerca de como realizar um grupo educativo e todo o processo de dinâmica de grupos, pela falta de referências teóricas e metodológicas⁽¹⁶⁾, assim como foi constatado no presente estudo.

Neste âmbito, ressalta a necessidade da flexibilidade do profissional em seu planejamento, tendo em vista a necessidade de sistematização de um plano de ação grupal, visando o acesso aos conteúdos individuais e relacionais. É preciso compreender que a inserção em um grupo pressupõe movimentos individuais e coletivos e nesse sentido, o grupo necessita de momentos de introspecção e de extroversão, em direção a uma pertença grupal⁽¹⁷⁾.

Na vivência dos participantes, há a compreensão de que eles contam com o apoio da equipe por meio do acolhimento e da comunicação. Para alcançar a integralidade e a humanização do cuidado as práticas de saúde devem ser fundamentadas no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre o profissional e o usuário do serviço de saúde. Entende-se que por meio da compreensão e da boa comunicação o usuário se tornará membro ativo da equipe de reabilitação⁽¹³⁻¹⁸⁾.

Acrescenta-se que no acolhimento, na escuta qualificada, e na demonstração de respeito e da compreensão das demandas dos usuários, o profissional de saúde pode preencher grande parte das suas expectativas, construindo assim uma relação de vínculo, confiança e apoio entre eles. Além disso, o profissional pode ajudá-lo a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento^(18,19).

Os participantes do estudo, ao vivenciar o processo de educação em saúde na reabilitação, conseguem encontrar sentido nas orientações que são realizadas e incorporam novas práticas ao seu cotidiano. Caminham, assim, na busca de utilizar o conhecimento e do empoderamento para a tomada de decisão e maximização da sua autonomia e independência na execução das atividades básicas de vida diária, em uma transição consciente do que é capaz e para assumir com sucesso, à sua nova identidade. A aquisição de conhecimentos e a aprendizagem de capacidades são considerados aspectos importantes no processo de reabilitação^(11,20).

No desenvolvimento das ações educativas recomenda-se fortemente a utilização da perspectiva pedagógica dialógica, pois o objetivo é o de promover um encontro de sujeitos que busquem refletir e transformar saberes existente, tendo como ponto de partida, as condições concretas de vida das pessoas. Isso permite uma construção contínua e significativa

do saber por meio do diálogo entre conhecimento popular e científico, visando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde^(21,22). Destaca-se, ainda a necessidade da abordagem de temas que fazem sentido e da utilização de uma linguagem apropriada, que permita desenvolver uma leitura crítica da realidade⁽²³⁾.

Frente a isso, a constatação de dificuldade de adesão ao tratamento convoca os profissionais a refletir criticamente sobre a postura, o papel e a atuação da equipe multiprofissional no contexto da educação em saúde, que pode estar desvinculada da escuta reflexiva e das demandas culturais e psicossociais que se interpõem à práxis cotidiana. As dificuldades de adesão podem revelar os enfrentamentos necessários à pessoa com deficiência, de reconhecer que as mudanças são lentas, graduais e com possibilidades de avanços e retrocessos⁽²⁴⁾.

Aponta-se, como limitação do estudo, tratar de um tema que envolve uma multiplicidade de significados e ser explorado em apenas uma realidade. O presente estudo, no entanto, mostra sua relevância por despertar a atenção sobre as ações educativas no cenário da reabilitação, um assunto, emergente e pertinente para a contemporaneidade, ainda pouco estudado, tanto pela literatura nacional como internacional, que requer contínuo aprofundamento e aperfeiçoamento, com vistas à sua compreensão e adequada implementação.

CONCLUSÃO

Analisando a vivência dos participantes do estudo referente à educação em saúde no cenário da reabilitação física constata-se que aspectos como humanização do atendimento, escuta qualificada, a promoção da participação ativa do usuário, boa comunicação, acolhimento, foram experienciados, promoveram o sentimento de apoio e favoreceram o engajamento no processo de reabilitação.

O modelo elaborado representa um avanço relativos à temática reabilitação por exemplificar que o processo em educação em saúde promove mudança de comportamento.

O cenário da reabilitação mostrou-se um espaço rico em experiência de aprendizagem, considerando as diferentes possibilidades de encontro entre pessoas com deficiência, familiares e profissionais de diferentes categorias, o que envolve uma multiplicidade de saber e possibilidades de trocas. Para as ações educativas são utilizadas diferentes estratégias de ensino aprendizagem que mostraram efetividade, mas sugerem a necessidade de melhor

preparo, evidenciado ao relato de resistência no seguimento, justificada por falta de adequação à realidade e falta de adesão.

REFERENCIAS

1. Missel A, Costa CC, Sanfelice GR. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trab. Educ. Saúde*. 2017 maio/ago;15 (2): 575-597.
2. Souto TS, Lopes RAF. Serviço de nutrição em reabilitação física: perfil epidemiológico de pacientes em atendimento ambulatorial. *ActaFisiatr*. 2016; 23(2): 61-65.
3. Alves MA, Ribeiro FF, Sampaio RF. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. *FisioterPesqui*. 2016;23(2):185-92.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
5. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria nº 793 (24 de abril de 2012).
6. Rede de Reabilitação Lucy Montoro. [acesso em 2019out 22] Disponível em: www.redelucymontoro.org.br.
7. Conceição, DS; Viana VSS; Batista AKR et al. A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. *Braz. J. of Develop., Curitiba*, v.6, n.8,p. 59412-59416 aug.2020. doi:10.34117/bjd6n8-383
8. Evans GL. A novice researcher's first walk through the maze of grounded theory: rationalization for classical grounded theory, grounded theory. *Grounded Theory Rev [Internet]*. 2013 [cited 2020 out 18];12(1). Available from: <https://www.islandscholar.ca/islandora/object/ir:7160>
9. Charmaz KA. Construção da teoria fundamentada: guia prático para análise quantitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Santos JLG, Cunha KS, Adamy EK, Backes MTS, Leite JL, Sousa FGM. Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. *RevEscEnferm USP*. 2018;52:e03303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>
11. Sousa LMM; Martins MM; Novo A. A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. 2020 RPER v.3 n.1. DOI 10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763
12. Costa DW, Parreira BD, Borges FA, dos Santos DM, Tavares LD, Goulart BF. Educação em saúde e empoderamento do usuário da estratégia saúde da família. *Ver Enferm UFPE online*. Recife, 2016 Jan; 10(1):96-102. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201613>

13. Recco, RAC; Lopes SMB. Sobre fisioterapia e seus recursos terapêuticos: o grupo como estratégia complementar à reabilitação. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 593-610, maio/ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00115>
14. Campos EP. Grupos de suporte. In: Recco, RAC, Lopes SMB. Sobre fisioterapia e seus recursos terapêuticos: o grupo como estratégia complementar à reabilitação. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 593-610, maio/ago. 2016.
15. Nascimento HS, Ribeiro NMS. Efeito do atendimento em grupo na qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes após AVC. *RevPesqFisio.* 2018;8(2):183-190. Doi: 10.17267/2238-2704rpf.v8i2.1878
16. Carvalho VC, Junior AC, Siqueira FPC. Trabalho em grupo: a percepção do profissional do sistema único saúde. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2019; 21(1). <https://www.doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.tgpp>
17. Vitali MM, Castro A. Processos grupais: a sistematização de um roteiro para intervenção em grupos. *Rev Psicologia & Saberesv.* 9, n. 17, 2020.
18. Assenheimer A, De Moura D, De Brum ZP, Fontana RT Guimaraes CA, Soares NV, Lucca JCP. Comunicação interpessoal enquanto fator para a humanização do Cuidado. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 2018; 2(2)1-9 doi: <http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v2i2.2743>
19. Aniceto B, Bombarda TB. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.* 2020; 28(2), 640-660. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1867>
20. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C, et al. La educación em salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *ArchMed (Manizales)* 2020; 20(2):490-504. doi: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>
21. Almeida ER, Moutinho CB, LeiteMTS. Family health nurses' teaching practice in the health education development. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(57):389-401. doi: 10.1590/1807-57622015.0128
22. Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, et al. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(4):e190022.
23. Paro CA, Ventura M, Silva NEK. Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2020; 18(1):e0022757 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00227>
24. Tholl AD, Nitschke RG, Viegas SM, Potrich T, Marques-Vieira C, Castro FFS. Potências-limites no cotidiano da adesão à reabilitação de pessoas com lesão medular e suas famílias. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 19]; 29: e20190003. Epub Nov 30, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0003>.

Contribuição das autoras: Todas as autoras contribuíram com a concepção do estudo, análise dos dados, redação e revisão final do manuscrito.

Conflito de interesse: Não tem.