

SOBRE FISIOTERAPIA E SEUS RECURSOS TERAPÊUTICOS: O GRUPO COMO ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR À REABILITAÇÃO

ON PHYSICAL THERAPY AND ITS THERAPEUTIC RESOURCES: THE GROUP AS AN ADDITIONAL STRATEGY FOR REHABILITATION

SOBRE FISIOTERAPIA Y SUS RECURSOS TERAPÉUTICOS: EL GRUPO COMO ESTRATEGIA COMPLEMENTARIA A LA REHABILITACIÓN

Rosani Aparecida Chaves Recco¹
Stella Maris Brum Lopes²

Resumo O trabalho com grupos constitui uma estratégia privilegiada pelos profissionais de saúde que envolve um processo de subjetivação e estabelecimento de vínculos comunitários. Desenvolveu-se um grupo de mulheres em tratamento pós-operatório de ombro no ambulatório de fisioterapia de um hospital instalado na cidade de Curitiba, com o objetivo de potencializar os efeitos da fisioterapia convencional, oferecendo a essas mulheres condições para melhor lidar com suas dores e limitações funcionais. Realizou-se pesquisa qualitativa que possibilitou o estabelecimento de um processo descritivo em relação ao processo grupal e o contato direto e prolongado com os sujeitos da pesquisa por meio de seis oficinas realizadas no período de outubro de 2012 a março de 2013. O relato das mulheres apontou o grupo como um espaço acolhedor, onde compartilharam experiências de vida, conquistaram amizades e aprenderam com o outro. Isso permitiu um repensar sobre seu comportamento e possibilidade de mudança de atitudes. Concluiu-se que, diante da necessidade de humanização do atendimento com vistas a uma atenção integral, a utilização de grupos como apoio no processo fisioterápico pode ser uma estratégia para uma prática menos reducionista e que reconheça a necessidade do outro.

Palavras-chave grupo; fisioterapia; integralidade.

Abstract Working with groups is a prime strategy for health professionals, and it involves a process of subjectivity and establishment of community ties. A group of women in post-operative shoulder treatment was formed at the physiotherapy clinic of a hospital installed in the city of Curitiba, capital of the state of Paraná, Brazil, aiming to enhance the effects of conventional therapy, giving these women conditions to better cope with their pain and functional limitations. Qualitative research was carried out, which enabled the establishment of a description of the group process, as well as direct and extended contact with the subjects during six workshops held from October 2012 to March 2013. The women reported that the group was a welcoming space, where they shared life experiences, made friends, and learned from each other. This allowed them to rethink their behavior and enabled possibilities for changing attitudes. It was concluded that, given the need for humanization in care with a view to comprehensive care, using groups to support the physiotherapy process can be a strategy for a less reductionist practice that recognizes other people's needs.

Keywords group; physiotherapy; completeness.

Introdução

No campo da fisioterapia, não raro se questiona quais recursos terapêuticos podem contribuir para amenizar o sofrimento das pessoas em processo de reabilitação fisioterápica, o que vai muito além de uma incapacidade funcional. Percebe-se a necessidade de se realizar um trabalho diferenciado para oferecer atendimento integral às necessidades dessas pessoas, contrariando, em certa medida, uma formação acadêmica que muitas vezes leva a uma visão mecanicista e reducionista, a qual segue o modelo biomédico que tem como objeto o sujeito individualizado.

Tradicionalmente, o fisioterapeuta tem uma formação direcionada para a doença e é visto como ‘profissional da reabilitação’, ou seja, aquele que atua exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (Gallo, 2005). No entanto, de acordo com o Ministério da Educação, o fisioterapeuta é um profissional generalista capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde; não deve ficar restrito às ações curativas e reabilitadoras (Deliberato, 2002).

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, numa visão ampliada de saúde, pressupõe ações integradas e uma prática pautada por atitudes geradoras de mudanças de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro de saúde da população. Reconhecer a importância da integralidade é assumir a intersubjetividade nas práticas em saúde, o que envolve uma relação dialógica entre os profissionais dessa área e os sujeitos por eles atendidos no sentido de definir ações que possam ser desenvolvidas, entre elas o aconselhamento e as práticas de educação em saúde (Mattos, 2004).

Ao se refletir sobre integralidade na fisioterapia, questiona-se como inserir, no processo de reabilitação fisioterápica ambulatorial, tradicionalmente baseado na abordagem individualizada e restrita à aplicação de técnicas, a clínica ampliada – que exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e toma como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento, agravo ou doença que demanda um atendimento integral (Cunha, 2005).

Faz-se necessário qualificar a intervenção sobre o sofrimento e a doença e valorizar o encontro do profissional e do usuário como um espaço de produção partilhada de relações e de intervenções, no qual há um jogo entre as necessidades dos usuários e os modos tecnológicos do agir em saúde (Merhy e Onocko, 2002).

Ao longo do trabalho no ambulatório de fisioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), observou-se que mulheres em processo de reabilitação fisioterápica pós-operatória de ombro apresen-

tavam dor, limitação funcional e diminuição da autoestima, o que acabava interferindo negativamente em sua recuperação.

A pesquisa aqui relatada pretendeu desenvolver um grupo para potencializar os efeitos da fisioterapia convencional, possibilitando a essas mulheres um espaço de compartilhamento das suas experiências de vida, bem como de seu processo de adoecimento. Partiu-se do pressuposto de que as pessoas devem ser ativas no seu processo de recuperação.

A formação do grupo teve como pressuposto a humanização – tomada na perspectiva de Ayres (2004), como encontro entre subjetividades, e no sentido dado por Paulo Freire em sua filosofia de educação dialógica, problematizadora e emancipatória. Freire (1987), em sua obra *Pedagogia do oprimido*, propõe uma visão de mundo orientada com base em práticas voltadas à educação emancipatória, pela qual haveria, com base no respeito à subjetividade e à cultura, uma transformação social. A educação que leva à autonomia deve se pautar em uma relação entre educando e educador norteadas pela socialização da experiência, na prática crítica de ambos, afastando dessa relação ideologias e abordagens dogmáticas (Freire, 1987).

Buscou-se, por meio dessa ação em saúde, evitar a adoção do modelo reducionista da prática cotidiana e propor uma intervenção mais eficaz e integral que proporcionasse maior satisfação tanto ao profissional quanto ao usuário.

Integralidade: aplicação na assistência

A atenção integral se configura como uma ‘imagem-objetivo’, o que significa a meta a ser alcançada e que direciona a ação, apontando o caminho para algumas transformações necessárias para o que se almeja (Mattos, 2001; Gondim et al., 2011).

A integralidade é um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, expresso na forma como eles respondem aos pacientes que os procuram. Tal constatação não implica deixar de lado conhecimentos sobre as doenças, mas envolve o uso prudente desse conhecimento, guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos (Mattos, 2004).

Esse princípio doutrinário do SUS parte de uma concepção ampliada de saúde, com a compreensão do indivíduo mediante as dimensões biopsicossociais que permeiam a oferta integrada de serviços de prevenção de doenças, de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Contudo, o aspecto mais importante da integralidade é o reconhecimento da necessidade do outro, a partir do qual se desencadeiam atitudes e ações humanizadas; portanto, a humanização é consequência da aplicação do princípio da integralidade (Oliveira e Cutolo, 2012).

Humanizar é integrar, ao conhecimento técnico-científico, a responsabilidade, a sensibilidade, a ética e a solidariedade no cuidado tanto do paciente como de seus familiares (Silva, Araújo e Puggina, 2010). A humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica encontros entre subjetividades que, progressiva e simultaneamente, esclarecem e reconstróem as necessidades de saúde, o que se entende por vida com qualidade e o modo moralmente aceitável de buscá-la (Ayres, 2004).

No que se refere à humanização, o tratamento fisioterapêutico é um dos que permitem maior proximidade e longo tempo despendido no convívio com o paciente. O profissional que atua nessa área não pode deixar de se preocupar com a qualidade humanitária do seu atendimento, pois a rotina diária e complexa que envolve os serviços de saúde faz com que, às vezes, o toque, a conversa e o ouvir o ser humano que está sendo atendido sejam atitudes esquecidas. Em muitos casos, quando a dinâmica de trabalho é muito intensa, o atendimento humanizado se torna impraticável (Vila e Rossi, 2002; Shiguemoto, Giordani e Chiba, 2009; Abrão e Tufanin, 2012).

Na perspectiva do atendimento humanizado, procura-se aliviar a dor e o sofrimento do outro, tratando-o com solidariedade, respeitando sua dignidade e sua autonomia. Humanizar o atendimento é também compreender o significado da vida e valorizar a dimensão humana do paciente, independentemente de sua patologia (Silva, Araújo e Puggina, 2010).

Ao se reconhecer que a integralidade e a humanização estão interligadas, torna-se necessário que os profissionais de saúde adotem atitudes humanizadas, mas isso somente ocorrerá com uma visão ampliada da saúde e do ser humano.

Grupos na prática da assistência

Etimologicamente, a palavra 'grupo' tem origem no termo italiano *gruppo* ou *gruppo*, que teria derivado do antigo provençal *grop*, com o significado de 'nó'. Esse vocábulo teria ainda outra origem, do germânico ocidental *kruppa*, no sentido de mesa arredondada, fazendo menção a uma forma circular, que se relaciona às imagens dos cavaleiros da Távola Redonda e da ordem religiosa dos templários, cujo altar circular permitia que todos estivessem numa mesma distância de Deus (Andaló, 2006; Fernández, 2006).

A palavra comporta então esses dois significados: nó e círculo. Enquanto o primeiro termo expressa a ideia de ligação, união e aprisionamento, referindo-se ao grau de coesão dos grupos, o segundo traz a ideia de círculo e de um grupo entre iguais. A genealogia do termo, portanto, traz implícitas as noções de igualdade e enlace dos membros (Andaló, 2006; Fernández, 2006).

Um grupo é constituído por um conjunto relativamente pequeno de pessoas que mantêm contato face a face, ligado por algum objetivo comum

que as leva a estabelecer relação de reciprocidade (Andaló, 2006). Ele 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” (Zanella e Pereira, 2001, p. 107).

A utilização de grupos requer a criação de um ambiente no qual seus integrantes possam compartilhar suas experiências e sentimentos com a certeza de serem compreendidos pelos outros participantes. Ao oferecer apoio e informações, esses grupos possibilitam a seus componentes a percepção da situação real, por meio do conhecimento de dados mais concretos sobre o problema e da diminuição das fantasias a ele relacionadas, ajudando-os no enfrentamento das crises vivenciadas (Campos, 2000).

Os grupos são uma intervenção coletiva e interdisciplinar, concebidos como instrumentos a serviço da autonomia, autocuidado dos usuários e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e das condições de vida, fundamentado no conceito positivo de saúde. Constroem seus objetivos com o intuito de potencializar as capacidades dos sujeitos, gerando mudanças de comportamento, desenvolvimento da autonomia e enfrentamento de condições geradoras de sofrimento (Santos et al., 2006; Furlan e Campos, 2010).

Organizados conforme a lógica dos programas de saúde, a maioria dos grupos se concentra na atenção básica e pode envolver qualquer profissional da equipe de saúde (Abrahão e Freitas, 2009). As ações coletivas ainda têm o seu potencial menos reconhecido, sendo as ações existentes pouco articuladas aos princípios do SUS.

Mendes (2008) trouxe uma importante fundamentação para as ações dos fisioterapeutas que querem atuar em grupo, especialmente na área de saúde do trabalhador. Revelou que a possibilidade de reflexão criada nas duas intervenções, individual e grupal, foi indispensável para as modificações na percepção do quadro clínico e da funcionalidade dos pacientes.

Diferentemente de um simples agrupamento, as forças internas de um grupo implicam sustentação e apoio socioemocional no fortalecimento das interações emocionais, na comunicação aberta, no compromisso e responsabilidade, na participação efetiva e na construção de uma individualidade crítica (Meneghel et al., 2005).

Barbosa e colaboradores (2010) relatam que a fisioterapia vem sendo estimulada a montar grupos de acordo com a demanda de cada Estratégia Saúde da Família. Porém, o maior desafio é a formação assistencialista do profissional para as práticas de saúde coletiva, o que dificulta o acolhimento e a organização das ações, sendo os trabalhos em grupos operativos trocados por atendimento individual, não permitindo a prática integral à comunidade. Atenção a esse fator deve ser dada, para mudar a visão da fisioterapia.

Entende-se que os profissionais de saúde precisam refletir em que medida podem oferecer novas propostas de tratamento mais humanizado e sintonizado com as demandas subjetivas das pessoas. Desse ponto de vista, defende-se a ideia de que os tratamentos devem privilegiar os espaços grupais, nos quais as pessoas possam manter contato interpessoal, narrar suas vivências e tirar proveito da riqueza das interações estabelecidas (Scorsolini-Comin, Souza e Santos, 2010).

Os profissionais exercem o processo de trabalho em saúde a partir do emprego das tecnologias, que são consideradas como ferramentas tecnológicas que fazem sentido e são utilizadas conforme os objetivos estabelecidos (Merhy, 2002). Para alcançar a integralidade e a humanização do cuidado nas práticas de saúde, devem ser priorizadas as tecnologias leves, fundamentadas no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre o profissional e o usuário do serviço de saúde. Os vínculos podem ser vistos nos laços afetivos entre os trabalhadores e os usuários, na comunicação efetiva entre eles e na resolutividade dos problemas (Jorge et al., 2011).

Os processos de escuta e acolhimento são estabelecidos por meio da qualidade dos serviços oferecidos, pautados no diálogo, na confiança e na amizade entre todos os atores envolvidos (profissional e usuário). Portanto, as tecnologias leves em saúde constituem espaços de relações terapêuticas, a exemplo dos grupos (Jorge et al., 2011).

Operando a combinação do uso das tecnologias do cuidar para além do cunho educativo, o espaço [grupo] torna-se propício para novos agenciamentos no agir em saúde que ultrapassam a linha estruturada na doença e avançam na construção de outras linhas do cuidado (Abrahão e Freitas, 2009, p. 440).

Nessa lógica, partindo-se do princípio de que se faz necessária a humanização do atendimento visando a uma atenção integral, a utilização de grupos como apoio no processo fisioterápico pode ser uma estratégia para uma prática menos reducionista e mais humanizada que reconheça a necessidade do outro.

Percurso metodológico

Realizou-se pesquisa³ de abordagem qualitativa que possibilitou o estabelecimento de um processo descritivo em relação ao fenômeno grupal. O cenário foi o ambulatório de fisioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, no Paraná. Os sujeitos da pesquisa foram cinco mulheres em tratamento pós-operatório de ombro que reali-

zavam acompanhamento fisioterápico ambulatorial nesse hospital. O critério de inclusão foi o de estar em atendimento fisioterápico há mais de seis meses (pós-operatório tardio). O atendimento caracterizava-se por sessões semanais pautadas pela utilização de eletrotermoterapia e cinesioterapia, abrangendo protocolos de exercícios terapêuticos como alongamentos, fortalecimentos musculares e mobilizações articulares com a intenção de diminuir o quadro algico, minimizar os efeitos da inatividade e reconquistar a amplitude de movimento da articulação acometida. As mulheres estavam na faixa etária de 40 a 60 anos.

A coleta de dados foi realizada por meio de seis oficinas com duração de aproximadamente duas horas, realizadas uma vez por mês entre outubro de 2012 e março de 2013. Durante os encontros, foram abordados os seguintes temas: identidade, família, trabalho e cuidado de si. A última oficina foi de despedida. Ressalta-se que somente o primeiro encontro tinha tema definido; os demais surgiram com base nas discussões das participantes no percurso de desenvolvimento das oficinas.

As oficinas aconteceram em uma sala reservada no ambulatório de fisioterapia, previamente preparada com as cadeiras colocadas em forma de círculo. Essa proposta foi baseada no método de Paulo Freire do 'círculo de cultura' – "um lugar onde todos têm a palavra, onde todos leem e escrevem o mundo (...) espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a construção coletiva do conhecimento" (Linhares, 2008, p. 10.141).

Um desafio para a pesquisadora no desenvolvimento das oficinas foi realizar uma escuta do grupo, procurando mediá-lo sem interferir nas falas das participantes. Após cada oficina, realizou-se a transcrição das falas e elaborou-se um relatório descritivo, no qual já se buscava uma primeira interpretação para os fatos vivenciados.

Para a análise de dados, estes foram organizados de maneira a gerar conjuntos de ideias e sequências de temas. Nessa fase houve um contato exaustivo com o material, possibilitando confrontar os dados coletados com o referencial teórico e a hipótese anteriormente levantada: a existência de um grupo concomitante ao processo de reabilitação fisioterápica pós-operatório de ombro pode desencadear um processo de maior autonomia e reinserção social? Os textos decorrentes dessa análise buscaram dar visibilidade à percepção das mulheres em relação ao processo vivido e às descobertas dele derivadas.

Quanto ao cumprimento das exigências éticas da pesquisa, consideraram-se as diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos, em atendimento ao que determina a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo parecer n. 115.283 do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí, como instituição participante, e pelo

parecer n. 165.660 do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas, como instituição coparticipante.

Os sujeitos foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, a garantia de sigilo, a liberdade para se ausentar sem prejudicar o seu atendimento fisioterápico, aceitando a participação por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para preservar a identidade das participantes, elas foram referenciadas pela letra P seguida de um número.

O registro escrito dos depoimentos mantém o uso informal da linguagem falada.

Este artigo buscou apresentar a análise das oficinas pertinentes à categoria grupo – entendido como espaço para reflexão, acolhimento e busca de soluções –, da qual emergiram as subcategorias ‘cuidado de si’ e ‘criação de vínculos’.

Cuidado de si: reflexão e mudança

As participantes P1, P2 e P3 relataram ter ‘percepção’ de que precisam mudar sua atitude em relação à família e dedicar mais tempo ao ‘cuidado de si’ – cuidado no sentido de ocupar-se de si.

A gente vai se envolvendo, se envolvendo e esquece da gente, mas eu sinto que ‘preciso fazer mais por mim’ (P1).

Penso que eu não tiro um tempo pra mim, chega a noite eu tenho que dá banho e fazer exercício no neto, e a mãe dele bem folgada, vê se ela não podia fazê, é importante pra ele, ele tá muito agressivo (P2).

Desde que casei sempre cuidando de casa, dos filho, do marido, ‘mas nunca tirei aquele tempo pra mim’, penso, se eu ficá doente será que elas vão cuidar de mim? (P3).

Nos relatos, as mulheres apontaram a necessidade de ‘abrir’ espaço para si, revelando também o seu lugar de centralidade no cuidado familiar – o cuidar dos filhos, da casa, do marido, mas ao mesmo tempo se excluíram desse cuidado, do cuidado dela mesma e do deixar ser cuidada pelos outros. Há que se considerar que existem contextos em que as mulheres são vistas e tratadas apenas como provedoras do bem-estar da família ou como meio de bem-estar dos outros.

As participantes P1 e P2 compartilharam do mesmo conflito em relação ao cuidado da família, ao desejo de mudança e, ao mesmo tempo, a dificuldade e o sentimento de culpa:

Sinto que preciso deixar um pouco dos filhos, dos netos, preciso ler mais, preciso sair mais, a gente abandona tudo e fica em função de filho, e isso é errado, é muita doação, mas por outro lado a gente se sente culpada de não fazer (P1).

(...) eu entendo, e se não fizer a gente se sente culpada (P2).

Eu precisava de um dia só pra mim, não com as costa doendo, empurrando cadeira de rodas, não que eu não goste dele... (P2).

Em suas falas, as participantes acentuaram que nunca ou raramente se cuidaram, pois o seu tempo era dedicado aos outros componentes da família. Isso confirma a constatação de Oliveira (2003) de que, na lista de emprego do tempo da mulher, vem o cuidar dos filhos, dos idosos, do companheiro; só não vem tempo para cuidar dela mesma, personagem secundária, última coadjuvante de sua própria vida.

A participante P3 demonstrou intenção de 'buscar soluções' para seguir a sua vida e compartilhou com o grupo o seu desejo de mudança:

(...) agora eu tô costurando... (P3).

(...) vai sê bom pra mim, conhecê pessoas, e oficina de costura é assim mesmo, sempre uma conversa diferente a gente tá ouvindo (P3).

Mês que vem eu vou fazer inscrição na hidroginástica porque eu não tô podendo ficar parada em casa, não quero ficar pensando... (P3).

Na fala da participante ficou explícita a visualização de suas atitudes, a intenção em mudar o seu cotidiano, envolvido em alguns momentos por sentimentos de desvalorização, falta de atenção, doação e abdicação.

P3, no decorrer do grupo, viveu a perda do marido. Esse processo foi acolhido e acompanhado pelo grupo, que a auxiliou a refletir sobre sua condição atual. É possível perceber na sua fala uma implicação na construção da sua própria saúde.

Buscou-se trabalhar com as participantes com base no que elas mesmas traziam de suas histórias de vida, e vislumbrou-se um repensar sobre elas próprias. Ao acompanhar essa reflexão, foi possível realizar a educação problematizadora que, segundo Freire, está fundamentada na criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeira da realidade. Seguindo essa reflexão, o desvelamento crítico proposto por Freire (2001) se fez presente.

Nesse processo de compartilhamento de experiências, ocorrem mudanças em todos os envolvidos, o que contribui para a autonomia e o autocuidado dos usuários, a ampliação do olhar do profissional de saúde.

Algumas participantes não irão mudar sua história, seu cotidiano, seu fazer sobre os acontecimentos, mas implicitamente aquela pessoa que iniciou na primeira oficina conseguiu enxergar novos horizontes e se permitiu ter esse novo contato com a realidade, um pensamento crítico. Ao longo desse processo, algo se modificou ou foi ressignificado.

A pesquisadora também não será mais a mesma. Ao realizar esse trabalho, adquiriu amadurecimento profissional e pessoal; sem dúvida, a experiência do grupo trouxe reflexões e mudanças que propiciaram um novo olhar sobre a vida que a acompanharão em sua trajetória.

As reflexões das mulheres sobre o seu contexto e o processo de cuidado de si levam à compreensão da necessidade de se construir outra lógica de intervenção que não seja baseada em um processo de orientações programadas e fora do contexto de vida das pessoas, seja na intervenção individual, seja na coletiva.

Criação de vínculos

À medida que as oficinas foram ocorrendo, observou-se diminuição da timidez, do medo, do distanciamento e do isolamento. Assim, aconteceram a aproximação, as trocas, a intimidade entre o grupo e, conseqüentemente, a confiança do grupo na pesquisadora.

A participante P1, em uma atitude afetuosa e 'solidária', demonstrou seu desejo de mudança na relação da colega com a família:

Fiz uma flor e com essa flor eu quero levar pra ela a saúde, o amor e a união, a saúde em primeiro lugar, porque você tem aquele neto com tanto problema e que Deus abençoe, que ele melhore o mais possível, que haja amor também entre vocês e pra que haja muita união... por toda a tua família (P1).

Observou-se que a participante P1 se sentiu motivada em participar do grupo e de encontrar outras pessoas com as mesmas condições, além de ter a oportunidade da troca de experiência de vida, reflexão e mudança de comportamento:

Pra mim foi maravilhoso, foi muito bom vê que todas as pessoas têm problemas nesta vida, umas mais, outras menos, e com isso a gente aprende bastante, tem o exemplo de outras pessoas, vê como agem, como fazem, e muita coisa. Às vezes uma palavra é suficiente pra modificar o pensamento que a gente tem e que às vezes não é correto, e troca de ideia a respeito do nosso problema... (P1).

A convivência com outras pessoas que demonstram ter as mesmas dificuldades tornou o grupo um espaço propício para a troca de experiências,

incentivando a reflexão e o aprendizado, levando a participante a realizar o processo de reconhecimento de sua realidade, partindo do seu aqui e agora (Freire, 2001) e das relações estabelecidas no grupo.

(...) bom, eu aprendi muito porque, que nem a colega que fez a mesma cirurgia que eu fiz e ela teve mais força que eu, que quase fiquei em depressão, e também com as colegas que passaram por momentos difíceis com a perda de alguém da família, aprendi muito mesmo com vocês (P4).

Em um grupo, cada sujeito reconhece o outro como diferenciado de si e ao mesmo tempo relacionado com ele (Andaló, 2006). O grupo possibilitou maior interação entre as participantes, criando espaço de escuta, conversa e 'acolhimento'. Atendeu às suas necessidades de desabafarem, com outras pessoas, os problemas vivenciados no seu cotidiano, como foi caso da participante P2:

Foi inexplicável, eu consegui falar coisas da minha vida que não falo pra ninguém, me abri com vocês, então cada um de vocês me ajudou bastante, foi muito importante pra mim (P2).

Luz (2001) afirma que boa parte dos atendimentos em ambulatórios da rede pública relaciona-se a queixas de isolamento – e que as atividades ditas 'de saúde' compõem um espaço de sociabilidade capaz de atender à demanda dessa população. Assim, o grupo se concretiza como uma atividade de saúde, na qual existe não só um espaço de sociabilidade, mas também de acolhimento, cuidado, de sentimento de pertença e a formação de rede social (Tahan-Santos e Cardoso, 2008).

Observou-se que houve conquistas como sair de casa, fazer amizades, além de mudanças de comportamento a partir da 'reflexão' sobre o cotidiano, como referido pela participante P5:

Quando ela me convidou pra participar, eu andava meio desanimada porque a vida da gente é só trabalha, trabalha... e eu me senti importante, é um compromisso, você sente como se fosse um trabalho, te anima a saí de casa e vê outras pessoas, porque só em casa cansa (P5).

A autoconsciência inicia o processo de libertação por meio da consciência crítica sobre a realidade, como preconiza Freire (1987). A participação no grupo possibilitou fortalecimento do 'vínculo' entre as participantes e a profissional envolvida, estimulou a participação e a construção do conhecimento de modo compartilhado, favorecendo a cumplicidade e a solidariedade, conforme relatado por P3:

Pra mim também foi muito bom, eu não esqueço e fico aguardando ela me ligá. Aprendi muita coisa, a gente vai conversando, trocando ideia e se ajudando, se consolando, um com a dor do outro... Porque faz quatro mês que meu marido faleceu e não é fácil, sabe, mas eu aprendi aqui que cada um tem a sua dor, o seu problema, cada uma passando por uma coisa diferente, a gente sofre e aprende junto, né? (P3).

Cabe ressaltar que um grupo pode ser uma alternativa para auxiliar as pessoas a resolverem problemas relacionados a eventos traumáticos decorrentes do acontecimento de doença de natureza aguda e em especial crônicas, aos transtornos aditivos, às incapacitações, às situações de causas existenciais e traumas (Zimerman e Osório, 1997).

Como revelaram as falas de P3, P4 e P1, o grupo oportunizou a troca de saberes, a reflexão acerca do entorno, o cuidado de si, a 'amizade' concretizada, e isso levou ao desenvolvimento de autoconfiança, autoestima e autonomia:

A amizade que a gente fez durante esse tempo aqui eu nunca vou esquecer, porque já é uma amizade, né? (P3).

(...) assim como ela falou, eu penso que a gente tinha que continuar essa amizade que é tão legal, sei lá, eu penso que a gente podia sai uma tarde pra tomar um lanche no Centro... (P4).

Então o que vocês acham da gente trocá o número de telefone, pra não esquecer? (P1).

Que tal nós se reuni na data do nosso aniversário, acho que cada uma faz numa data diferente da outra, eu faço em abril, e vocês? (P4).

O ponto de partida para a mudança deve estar sempre nos homens, no seu aqui e agora, que constituem a situação em que se encontram (Freire, 2001). Somente partindo dessa situação, que determina a percepção que eles têm, podem começar a atuar.

Ao se refletir sobre o processo de desenvolvimento do grupo, constatou-se que houve fortalecimento das relações entre as participantes e a profissional envolvida. A expectativa foi positiva em relação às oficinas, e pode-se dizer o mesmo da profissional que, ao perceber essa positividade, sentiu-se contribuindo na busca de melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Interessa acentuar que durante os encontros não se discutiu a dor, a doença. As participantes se apresentaram pelo que são: mulheres, filhas,

mães, avós, enfim, pessoas, pois o grupo foi estruturado com uma proposta dialógica, e isso reflete a metodologia escolhida. Nessa metodologia, o foco não seria a doença e sim o reforço de ações comunitárias e habilidades pessoais, de modo a fortalecer as participantes para enfrentar as dificuldades que possam surgir na sua vida, inclusive as relacionadas com a doença. Como o grupo estava em sua fase de constituição, não houve necessidade de conciliar conflitos, mesmo porque eles não existiram.

Em sua proposta de educação problematizadora e emancipatória, Freire (2001) defende a conscientização, a autonomia, que se apresenta como um processo em determinado momento e deve continuar sendo processo no momento seguinte, durante o qual a realidade transformada mostra um novo perfil, como enfatizam Angotti, Bastos e Mion (2001).

Os grupos, como estratégia de participação dos sujeitos na construção da própria saúde, constroem seus objetivos com o intuito de potencializar as capacidades dos sujeitos, gerando mudanças de comportamento, desenvolvimento da autonomia e enfrentamento de condições geradoras de sofrimento (Santos et al., 2006; Furlan, 2012). Nesse sentido, o grupo pareceu ter alcançado esses objetivos, pois as participantes, após superar a inibição inicial, conseguiram relatar e compartilhar situações vividas que traduziam seus sentimentos de tristeza, opressão e culpa, e também muita dificuldade em saber lidar com esses problemas por não terem uma visão mais crítica de sua realidade.

O grupo teve como pressuposto a humanização no sentido emancipatório, associada à proposta atual de educação em saúde que é baseada em Paulo Freire (Brasil, 2007) e sua educação dialógica e problematizadora. Enfim, o grupo aqui proposto se configurou como um espaço de acolhimento, reflexão e busca de soluções, procurando, numa prática humanizada, uma ação em saúde diferenciada que se aproximasse da integralidade.

Considerações finais

A respeito do trabalho que se realizou com o grupo de mulheres no ambulatório de fisioterapia, verificou-se que é possível a realização de grupos ligados ao atendimento fisioterápico no contexto hospitalar. Identificou-se que o grupo é um recurso terapêutico ao propiciar a reflexão sobre o contexto de vida, havendo a necessidade de se ampliarem estudos na área de grupos fisioterápicos, com o aprofundamento das investigações nesse campo.

Os resultados da pesquisa mostraram que o grupo é um espaço para se falar de saúde de modo ampliado não prescritivo à vida, e por esse motivo não precisa ser um grupo organizado a partir de determinada condição patológica, mas sim um grupo aberto a pessoas em tratamento. Há necessidade

de se aprimorarem mais as práticas, se reverem questões relacionadas à realização dos encontros, que poderiam ser promovidos quinzenalmente, como as participantes solicitaram.

A proposta de criação do grupo se fundamentou na metodologia problematizadora de Paulo Freire (2001), apropriando-se do círculo de cultura como proposta dialógica, na qual o foco não seria a doença e sim o reforço de ações comunitárias e habilidades pessoais.

Ao se analisarem os resultados obtidos com o grupo, considerou-se que este favoreceu a troca de experiências e a busca de soluções no próprio grupo, fortalecendo as participantes para enfrentarem as dificuldades que pudessem surgir, inclusive as relacionadas com a doença.

Constatou-se que, no trabalho com o grupo de mulheres no ambulatório do hospital, algo mudou, inclusive em relação ao atendimento fisioterápico e às orientações tradicionais. No plano individual, interferiu positivamente e contribuiu para potencializar os efeitos dos recursos físicos utilizados na fisioterapia, acentuando a melhora do quadro clínico das pacientes e proporcionando um conhecimento maior sobre a doença, suas limitações funcionais e sobre como lidar com tudo isso.

As oficinas propiciaram ao grupo de participantes a formação de novos vínculos, a ressignificação do seu processo de viver e adoecer e do seu papel no processo de mudança, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e a busca de soluções para os problemas enfrentados no cotidiano.

A experiência grupal também potencializou o atendimento individual a partir do momento em que o fisioterapeuta reviu sua prática qualificando sua escuta em relação ao processo vivido por essas mulheres, vislumbrando-as como sujeitos desse processo e não apenas objetos de reabilitação. Desenvolver essa escuta diferenciada e sair do lugar de dizer como o outro deve agir, reconhecer o movimento do grupo, implicou o desenvolvimento de habilidades não trabalhadas na formação tradicional.

As oficinas realizadas nesses seis meses com encontros mensais descortinaram um novo olhar para a vida de todos os envolvidos nesta pesquisa, confirmando a teoria de Freire (1987, p. 78) de que “o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”.

Colaboradores

Rosani Aparecida Chaves Recco foi responsável pela coleta e transcrição dos dados e pela redação do artigo; Stella Maris Brum Lopes, pela orientação e correção do artigo. As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Resumen El trabajo con grupos constituye una estrategia privilegiada por los profesionales de la salud, que representa un proceso de subjetivación y de establecimiento de vínculos comunitarios. Se reunió un grupo de mujeres en tratamiento postoperatorio de hombro, en la clínica de fisioterapia de un hospital instalado en la ciudad de Curitiba, capital del estado de Paraná, Brasil. Este proceso tuvo como objetivo potencializar los efectos de la fisioterapia convencional, ofreciendo a estas mujeres condiciones para enfrentar mejor sus dolores y limitaciones funcionales. Se realizó una investigación cualitativa, que permitió establecer un proceso descriptivo en relación al proceso grupal y al contacto directo y prolongado con los sujetos de la investigación, por medio de seis talleres realizados en el período de octubre del 2012 a marzo del 2013. El relato de las mujeres señaló al grupo como un espacio acogedor, donde compartieron experiencias de vida, conquistaron amistades y aprendieron con el otro. Esto permitió replantear su comportamiento y las posibilidades de cambio de actitud. Se concluyó que, frente a la necesidad de humanización de la atención con miras a una atención integral, la utilización de grupos como apoyo en el proceso fisioterapéutico puede ser una estrategia para una práctica menos reduccionista y que reconozca las necesidades del otro.

Palabras clave grupo; fisioterapia; integralidad.

Notas

¹ Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Curitiba, Paraná, Brasil.

<rosanirecco@gmail.com>

Correspondência: Rua da Paz, 396, apartamento 101, CEP 80060-160, Centro, Curitiba, Paraná, Brasil.

² Universidade do Vale do Itajaí, Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

<stella@univali.br>

³ Este artigo é resultado da dissertação de mestrado *O grupo na reabilitação fisioterápica de mulheres em pós-operatório de ombro*, de autoria de Rosani Aparecida Chaves Recco, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Referências

- ABRÃO, Mariana C. R.; TUFANIN, Andrea T. Humanização no atendimento fisioterapêutico: uma experiência de um centro de referência em Goiânia. CADERNO de Artigos da 7ª Mostra de Produção Científica da Pós-Graduação Lato Sensu da PUC Goiás. *Sustentabilidade, economia verde e erradicação da pobreza*. Goiânia, 2012. p. 1.390-1.403. Disponível em: <www.cpgls.pucgoias.edu.br/7mostra/Artigos/Caderno%20de%20Artigos%207%20Mostra.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2013.
- ABRAHÃO, Ana L.; FREITAS, Carla S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 436-441, 2009.
- ANDALÓ, Carmen. *Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural*. São Paulo: Ágora, 2006.
- ANGOTTI, José A. P.; BASTOS, Fábio P.; MION, Rejane A. Educação em física: discutindo ciência, tecnologia e sociedade. *Ciência & Educação*, Bauru, v. 7, n. 2, p. 183-197, 2001.
- AYRES, José R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.
- BARBOSA, Erika G. et al. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- CAMPOS, Eugênio P. Grupos de suporte. In: MELLO FILHO, Júlio (org.). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 117-130.
- CUNHA, Gustavo T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DELIBERATO, Paulo César P. *Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações*. São Paulo: Manole, 2002.
- FERNÁNDEZ, Ana M. *O campo grupal: notas para uma genealogia*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- FURLAN, Paula G.; CAMPOS, Gastão W. S. Os grupos na atenção básica à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (org.). Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 105-116. (Volume 2).
- FURLAN, Paula G. *Os grupos na atenção básica à saúde: uma hermenêutica da prática clínica e da formação profissional*. 243f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2012.
- GALLO, Douglas L. L. *A fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional universitária*. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.
- GONDIM, Roberta et al. Organização da atenção. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (orgs.). *Qualificação de gesto-*

- res do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 93-120.
- JORGE, Maria Salete B. et al. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado, vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3.051-3.060, 2011.
- LINHARES, Luciano L. Paulo Freire: por uma educação libertadora e humanista. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DA PUCPR, 8., Curitiba. CONGRESSO IBERO-AMERICANO SOBRE VIOLÊNCIAS NAS ESCOLAS, 3., 2008, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Champagnat, 2008. p. 10.141-10.154. Disponível em: <www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/729_522.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2013.
- LUZ, Madel T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco, 2001. p. 17-38.
- MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco, 2001. p. 39-64.
- MATTOS, Ruben A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, 2004.
- MENDES, Luciane F. A contribuição da fisioterapia em grupo de recuperação e reabilitação de pacientes com LER/Dort. 206f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- MENEGHEL, Stela N. et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 111-118, 2005.
- MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- OLIVEIRA, Inajara C.; CUTOLO, Luiz R. A. Humanização como expressão de integralidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 502-506, 2012.
- OLIVEIRA, Rosiska D. *Reengenharia do tempo*. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.
- SANTOS, Luciane M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.
- SCORSOLINI-COMIN, Fábio; SOUZA, Laura V.; SANTOS, Manoel A. A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 27, n. 4, p. 467-478, 2010.
- SHIGUEMOTO, Tathiana S.; GIORDANI, Cláudia; CHIBA, Toshio. Humanização no atendimento fisioterapêutico. In: SARMENTO, George J. V. (org.). *O ABC da fisioterapia respiratória*. Barueri: Manole, 2009. p. 511-544.
- SILVA, Maria J. P.; ARAÚJO, Mônica M. T.; PUGGINA, Ana C. G. Humanização em terapia intensiva. In: PADILHA, Kátia G. et al. (orgs.). *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri: Manole, 2010. p. 1-43.
- TAHAN-SANTOS, Ellen; CARDOSO, Carmen L. Experiências de participantes em um grupo de promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Psico*, Porto Alegre, v. 39, n. 4, p. 410-417, 2008.
- VILA, Vanessa S. C.; ROSSI, Lídia A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.

ZANELLA, Andréa V.; PEREIRA, Renata S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 6, n. 1, p. 105-114, 2001.

ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Recebido em 19/09/2013
Aprovado em 20/02/2014