



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

GISELE PAIVA

**GRUPO INTERDISCIPLINAR DE TERAPIA DA MÃO
DO AMBULATÓRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA
IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS:
UMA CLÍNICA DE MUITAS MÃOS, SUJEITOS E REFLEXÕES**

Santos
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP
Campus Baixada Santista
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

**GRUPO INTERDISCIPLINAR DE TERAPIA DA MÃO
DO AMBULATÓRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA
IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS:
UMA CLÍNICA DE MUITAS MÃOS, SUJEITOS E REFLEXÕES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – *Campus* Baixada Santista para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Educação em Saúde na Comunidade.

Orientanda: Gisele Paiva
Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da R. Uchôa-Figueiredo

Santos
2015

Paiva, Gisele

Grupo interdisciplinar de terapia da mão do ambulatório de terapia ocupacional da irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos: uma clínica de muitas mãos, sujeitos e reflexões / Gisele Paiva – Santos, 2015

xvi, 100f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo – *Campus Baixada Santista*

Titulo em Inglês: **Interdisciplinary groups at the Occupational Therapy and Hand Therapy Ambulatory of the Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos** [*Brotherhood of the Holy House of mercy of Santos*]: a clinic of many hands, subjects and reflections.

1. Terapia Ocupacional. 2. Terapia da Mão. 3. Grupos. 4. Serviços de Reabilitação. 5. Contexto Hospitalar

Folha da Banca Examinadora

GISELE PAIVA

*Grupo interdisciplinar de terapia da mão do ambulatório de
Terapia Ocupacional da irmandade da Santa Casa da
Misericórdia de Santos: uma clínica de muitas mãos, sujeitos e reflexões*

Presidente da Banca:

Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Pola Maria Poli de Araujo

Instituição: UNIFESP/CEDESS Assinatura: _____

Profa. Dra. Eliana Chaves Ferretti

Instituição: UNIFESP/BS Assinatura: _____

Profa. Dra. Alessandra Rossi Paolillo

Instituição: UFSCar/São Carlos Assinatura: _____

Suplente:

Profa. Dra. Danielle dos Santos Cutrim Garros

Instituição: UNESP/Marília Assinatura: _____

O GRUPO

(Paulo Cavalcanti de Moura)

*O grupo é assim:
Gente que é gente
E que não sabe que os outros são gente
Como a gente,
Com um lado bom e outro ruim*

*No grupo tem de tudo:
Botucudo e tupiniquim.
Tem falador e tem mudo,
Mas ninguém é igual a mim.*

*Tem doutores e tem tímidos,
Agressivos e dominados
Tem mãe e tem filhos,
Tem até mascarados.*

*E o grupo vai girando,
Mudando a vida da gente
O calado sai falando,
O pessimista contente*

*O grupo é como a vida,
Mas se entra, já vamos indo
Quem ri acaba chorando,
Quem chora, acaba rindo*

*Uma coisa a gente aprende:
Que o outro é como eu
Chora, ri, ama e sente
Mas quase tudo depende da gente:
Que grupo danado! Que vivência atroz!
O eu e o tu se atacam
Mas depois eles se amam,
Em benefício de nós.*

Dedico esta pesquisa a Deus, Pai Criador, que através da minha fé, trouxe a motivação necessária durante todo o processo desta pesquisa.

Dedico também aos meus pais: Sonia Regina da Silva Paiva e Wanderley Pedro Paiva, que tanto me apoiaram em tantos anos de estudo e dedicação e que são minha inspiração de vida.

Aos meus familiares, irmãos, sobrinhos e avô, e aos meus amigos, todos que compreenderam minha ausência e muitas vezes meu estresse e ansiedade, durante todo esse processo.

Agradecimentos

Agradeço à UNIFESP, por me dar a possibilidade de estar em um programa de mestrado profissional e, assim, poder fazer uma pesquisa totalmente voltada para meu campo de atuação.

Agradeço a todos os professores do programa, pelos conhecimentos compartilhados e os desassossegos, que contribuiu para as reflexões e o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço, em especial, a minha orientadora, Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, pela paciência, pelo incentivo e apoio em todos os momentos.

Agradeço aos colegas de turma, pessoas que compartilharam das angústias e conquistas vivenciadas nesse processo.

Agradeço, também, a todos os professores que participaram de alguma forma da minha formação desde a formação escolar, passando pela graduação e pós-graduação.

Agradeço à Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, por permitir que a pesquisa se realizasse no ambulatório que eu coordenava, não colocando impedimentos e dando incentivo e apoio a minha formação.

Agradeço aos profissionais da Diretoria Técnica, Núcleo de Ensino e Pesquisa e Serviço de Fisioterapia: Mônica C. Martins, Ana Cristina Correia Bussons, Ana Virgínia Carrasco, Nataniele Pfuetzenreiter Bohn e Sarita Barbosa Sanches Pereira, pelo apoio e incentivo.

E aos profissionais do Serviço de Terapia Ocupacional: Mariana Soares Lima e Nadja S. Igarashi, aos profissionais do Serviço de Psicologia, em especial Rita de Cassia Martins Russo, que participou da coordenação dos grupos junto ao Serviço de Terapia Ocupacional, possibilitando assim o trabalho interdisciplinar nos grupos.

Agradeço aos alunos e estagiários que participaram dos grupos e das atividades desenvolvidas nesse ambulatório.

Agradeço á Profa. Me. Maria da Conceição dos Santos, pela parceria através do estágio da Graduação da Terapia ocupacional da Unifesp – Baixada Santista, entre muitas outras trocas e experiências que pudemos compartilhar.

Agradeço á Profa. Dra. Marta Cristina Meirelles Ortiz, pela parceria e a iniciativa de realizar o trabalho interdisciplinar, através do estágio da Graduação da Psicologia da Unifesp – Baixada Santista.

Agradeço aos pacientes por confiarem e me darem a oportunidade de adentrar em suas vidas e em seu cotidiano, suas emoções, dificuldades e conquistas.

Agradeço muito aos meus pais, familiares e amigos, pela paciência e compreensão.

*"Todos são peças importantes (...),
cada um representa uma pequena parcela do resultado final,
quando um falha,
todos devem se unir, para sua reconstrução."*

(Salvador Faria)

RESUMO

PAIVA, G. **Grupo interdisciplinar de terapia da mão do ambulatório de terapia ocupacional da irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos: uma clínica de muitas mãos, sujeitos e reflexões.** 2015. 100 f. Dissertação (mestrado) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015

Os objetivos desta pesquisa foram compreender as mudanças no cotidiano dos participantes dos grupos terapêuticos interdisciplinares de educação em saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), conhecer de que forma os grupos influenciaram na participação mais ativa no cuidado à saúde e entender a percepção destes com relação à criação de redes de suporte, de acolhimento e de trocas de experiências dentro do grupo. Trata-se de um estudo retrospectivo e prospectivo, exploratório de natureza qualitativa, realizado com 10 (dez) participantes, sendo 05 (cinco) com síndrome do túnel do carpo e 05 (cinco) amputados de membro superior, 04 (quatro) mulheres e 06 (seis) homens, frequentadores dos grupos terapêuticos interdisciplinares e de educação em saúde que aconteciam no Ambulatório de Terapia Ocupacional,. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: entrevista semiestruturada, as evoluções dos grupos e os diários de campo escritos pelos alunos de Terapia Ocupacional e Psicologia. A análise dos dados foi realizada seguindo a teoria da análise de conteúdo e encontraram-se 04 (quatro) categorias e 13 (treze) unidades temáticas, sendo respectivamente: tratamento de terapia ocupacional (melhoras dos sintomas, orientações e aspectos emocionais); atendimento em grupo (interação com os pacientes, atividades, novas habilidades e enfrentamento); acolhimento (conversas, desabafos e ajuda mútua); e a última repercussões no cotidiano (adaptações do modo de vida, atividades básicas de vida diária e relações sociais). Como resultado, observou-se que as mudanças no cotidiano se deram no desenvolvimento de maior autonomia e independência nas atividades básicas de vida diária, devido à redução dos sintomas e através dos benefícios emocionais, como incentivo, autoestima e enfrentamento. O grupo influenciou na participação mais ativa no cuidado à saúde, por meio de uma maior compreensão do processo de saúde-doença, na aquisição de novos hábitos de cuidado e ao receber explicações e orientações. Os participantes perceberam o grupo como um espaço para dividir e aprender com o outro e se sentiram acolhidos, através das conversas e desabafos. As redes de suporte, através das relações interpessoais, se fortaleceram muito dentro do grupo, porém não se expandiram para além deste. Considerações finais: a intervenção em grupo influenciou de forma satisfatória nas mudanças de rotina e na vida pessoal dos participantes, dessa forma sendo considerada um recurso potente para trabalhar com essa população.

Descritores: Terapia Ocupacional, Terapia da Mão, Grupos, Serviços de Reabilitação, Contextos Hospitalares

ABSTRACT

PAIVA, G. **Interdisciplinary groups at the Occupational Therapy and Hand Therapy Ambulatory of the Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos** [*Brotherhood of the Holy House of mercy of Santos*]: a clinic of many hands, subjects and reflections. 2015. 100f. Dissertation (Master's Program) – Development Center of Higher Education in Health (DCHEH) of Federal University of São Paulo, Santos, 2015.

The objectives of this research were to understand the changes in the daily lives of the participants of the interdisciplinary therapeutic groups of health education at the Hand Therapy Service of the Occupational Therapy (OT) Ambulatory of the Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) [*Brotherhood of the Holy House of mercy of Santos*], to cognize how the groups influenced the more active participation in health care and understanding their perception regarding the creation of support networks, hosting and exchange of experiences within the group. It is a retrospective and prospective study, exploratory and qualitative, conducted with 10 (ten) participants, in which 05 (five) had carpal tunnel syndrome and 05 (five) had upper limb amputees, four (04) women and 06 (six) men, regulars of the interdisciplinary therapeutic and health education groups taking place in OTHA Ambulatory in ISCMS. The instruments used for data collection were: semi-structured interviews; the evolution of groups and field diaries written by occupational therapy and psychology students. Data analysis was carried out following the theory of content analysis and were developed four (04) categories and thirteen (13) thematic units, respectively: treatment of occupational therapy (improvement of symptoms, guidelines and emotional aspects); group service (interaction with patients, activities, new skills and coping); greeting (conversations, confidences and mutual assistance); and the last impact on the everyday life (way of life adjustments, basic activities of daily life and social relations). As a result it was found that changes in daily life occurred in the development of greater autonomy and independence in basic activities due to reduced symptoms and through the emotional benefits as incentive, self-esteem and coping. The group influenced the more active participation in health care through a greater understanding of the health-disease process, the acquisition of new care habits and after receiving explanations and guidelines. The participants perceived the group as a space to share and learn from each other and felt welcomed by the conversations and confidences. The support networks, through interpersonal relations, have strengthened considerably inside the group, but did not expand beyond this. Final thoughts: a group intervention influenced satisfactorily in routine changes and the personal life of the participants, thus being considered a powerful resource for working with this population.

Keywords: Occupational Therapy, Hand Therapy, Groups, Rehabilitation Service, Hospital Context.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
ADM	Amplitude de Movimento
AVD	Atividade de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BS	Baixada Santista
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ENMG	Eletroneuromiografia
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IOT HC-FMUSP	Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ISCMS	Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos
PG	Praia Grande
STC	Síndrome do Túnel do Carpo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
SE	Sem escolaridade
SV	São Vicente

LISTA DE QUADROS

		Página
Quadro 1	Caracterização dos participantes – Parte I	40
Quadro 2	Caracterização dos participantes – Parte II	42
Quadro 3	Categorias e unidades temáticas	43

LISTA DE IMAGENS

		Página
Imagem 1	Ambulatório de TO – ISCMS	06
Imagem 2	Ambulatório de TO – ISCMS	18
Imagem 3	Auditório Consistório – ISCMS	20
Imagem 4	Ambulatório de TO – ISCMS	22
Imagem 5	Ambulatório de TO – ISCMS	30
Imagem 6	Ambulatório de TO – ISCMS	55

SUMÁRIO

	Página
Apresentação de uma trajetória	01
I. INTRODUÇÃO	06
I.1 CUIDADOS EM SAÚDE	07
I.1.2 A Terapia Ocupacional em saúde física: Histórico e desafios na integralidade do cuidado frente aos contextos gerais de saúde e reabilitação	07
I.2 DEFININDO E CONTEXTUALIZANDO GRUPOS	12
I.2.1 Grupos como estratégia de cuidado na Terapia Ocupacional, na reabilitação e terapia da mão	16
II. HIPÓTESE	19
III. OBJETIVOS	21
IV. MÉTODO	23
IV.1 Delineamento metodológico	24
IV.2 Participantes	25
IV.3 Procedimentos	26
IV.3.1 Procedimento para escolha dos participantes	26
IV.3.2 Procedimento para escolha dos instrumentos de coleta	26
IV.3.2.1 Pesquisa de campo	26
IV.3.2.2 Entrevista semiestruturada	27
IV.3.3 Procedimentos para coleta dos dados	28
IV.3.4 Procedimentos para a análise dos dados	28
IV.3.4.1 Análise documental	28
IV.3.4.2 Análise das entrevistas, evoluções dos grupos e diários de campo	29
IV.4 Aspectos éticos	30
V. RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
V.1 Caracterização dos participantes	33
V.2 Análise qualitativa	41
V.2.1 Tratamento de Terapia Ocupacional	42
V.2.2 Atendimento em grupo	47
V.2.3 Acolhimento	51
V.2.4 Repercussões no cotidiano	53

VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE:	
A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
B	Termo de Consentimento do Uso de Imagens	71
C	Entrevista Semiestruturada	72
	ANEXO:	
1	Anamnese Utilizada com os Pacientes com Síndrome do Túnel do Carpo	75
2	Anamnese Utilizada com os Pacientes de Amputação	78
3	Aceite da Plataforma Brasil – Versão 1	80
4	Aceite da Plataforma Brasil – Versão 2	85
5	Aceite da Plataforma Brasil – Versão 3	87

Apresentação de uma trajetória

*“Viver é traçar um ponto na linha do tempo, fazendo curvas dia a dia,
seguindo a trajetória do vento.”*

(Rinaldo Pedro)

Esta pesquisa surgiu no período do meu exercício profissional como coordenadora do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional (TO) da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS). Ambiente no qual foram observadas demandas e questões importantes, mais especificamente acerca do formato estruturado dos atendimentos que, no momento, eram individuais ou por agrupamento.

Essas demandas suscitaram mudanças nas práticas desse ambulatório, cujas atividades estavam centradas na reabilitação física, em uma instituição ainda muito enraizada no modelo biomédico e com a assistência médico-centrada. Não se tem como descrever o contexto desse trabalho, sem atingir as práticas de cuidado em saúde e os modelos que se inter-relacionam com a prática da Terapia Ocupacional, na área da saúde e da reabilitação física.

Em meio a uma enorme quantidade de atendimentos e encaminhamentos, tentando da melhor forma possível atender a toda demanda desse ambulatório, cercada de pastas e folhas de listas de espera e, com uma agenda de atendimentos lotada em mãos, foi que emergiram as necessidades de mudanças. Revendo os casos em atendimento, ficou nítido que a maioria dos pacientes estava há muito tempo inserida no tratamento, e que o foco na reabilitação física, biomecânica e fisiológica não ultrapassava os limites da funcionalidade, da autonomia, do indivíduo e do ser/estar no mundo.

Para melhor contextualizar esse momento, será apresentado um breve histórico desse Ambulatório de Terapia Ocupacional, inserido dentro de um hospital geral, com todas as complexidades e desafios que envolvem uma instituição desse porte.

Por solicitação do cirurgião de mão que atendia no setor de Ortopedia e Traumatologia da ISCMS, em 2008, iniciei como terapeuta ocupacional minha trajetória, trabalhando inicialmente nos ambulatórios do convênio, onde eram atendidos somente pacientes externos ao hospital. Em abril de 2010, comecei também a trabalhar internamente

no hospital, no Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional da ISCMS.

A falta de local adequado para os atendimentos e de recursos humanos, bem como a dificuldade das equipes setoriais do hospital em receber uma área até então nova nessa instituição, acarretaram muitos problemas para a implantação das atividades da Terapia Ocupacional que, inicialmente, atendia na mesma sala do cirurgião de mão, sob protestos de outras equipes que atendiam no mesmo setor.

A possibilidade de ampliar o atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da parceria com o estágio da graduação de Terapia Ocupacional da UNIFESP - *Campus* Baixada Santista, a partir de maio de 2010.

Foi, também, em parceria com a UNIFESP, que teve início a primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde, em agosto de 2010. Esse programa tinha, como uma das áreas de atuação, a Terapia Ocupacional, o que suscitou a necessidade do preceptor da área com carga horária completa dentro do hospital. A solução encontrada, na ocasião pela então diretoria técnica do hospital, foi me transferir definitivamente e contratar outra terapeuta ocupacional para realizar a assistência nos ambulatórios externos do convênio.

Nesse momento, então, com maior disponibilidade de tempo dentro do hospital, foi possível a ampliação da assistência de Terapia Ocupacional para além do contexto ambulatorial, ampliando para o âmbito hospitalar. Os atendimentos também saíram do Setor de Ortopedia e Traumatologia e passaram a ser realizados em uma sala dentro do Setor de Fisioterapia.

Em novembro de 2012, a atuação da Terapia Ocupacional já tinha uma maior abrangência com ações ambulatoriais, ações em unidades de internação e unidades de tratamento intensivo, pediátricas e de adultos, bem como passou a ter uma coordenadora, dessa forma agora se constituindo enquanto um Serviço de Terapia Ocupacional ambulatorial e hospitalar.

Também ocorreu ampliação do quadro funcional, entre dezembro de 2012 e abril de 2013, foram contratadas mais 03 (três) terapeutas ocupacionais, uma para atuar nas Unidades Pediátricas de Internação, Terapia Intensiva e Brinquedotecas, outra para o Serviço

de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional (apenas usuários do convênio), e a terceira para as Unidades de adultos de Internação e Terapia Intensiva.

Em pouco tempo, foi nítido o crescimento da Terapia Ocupacional (TO) que aconteceu em função do aumento da demanda. A nova área passou a ser valorizada e requisitada pelos profissionais da instituição.

Os pacientes, usuários do SUS atendidos no Serviço de Terapia da Mão, eram todos encaminhados pelo Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia, mais precisamente pelo cirurgião de mão e sua equipe. Na tentativa de ocorrer uma melhor integração cirurgião-terapeuta, da TO conseguir trabalhar com intervenção precoce, principalmente por conta da grande demandas e também organização do Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia, que trabalha em um modelo médico-centrado, houve muitas complicações e dificuldades nessa relação, assim como na integração das ações das duas áreas, o que repercutia no tratamento de reabilitação desses pacientes.

Após o encaminhamento do cirurgião de mão, o paciente passava por uma avaliação inicial, com protocolos próprios do Serviço de Terapia da Mão (elaborados conforme a necessidade do ambulatório), e posteriormente agendados para atendimentos. Os casos atendidos eram discutidos, sempre que possível, com o cirurgião de mão e sua equipe, o profissional terapeuta ocupacional acompanhava algumas consultas no Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia, e em alguns momentos realizava orientações em conjunto com o cirurgião e até algumas intervenções imediatas. Quando necessário e sempre que possível, o terapeuta ocupacional também acompanhava, como observador, alguns procedimentos cirúrgicos.

O Ambulatório de Ortopedia, apresentava dificuldades por conta de sua demanda excessiva, de seu espaço físico inadequado e pelas poucas vagas para realização de cirurgias, dessa forma, as discussões acerca de alta do serviço de terapia da mão e também sobre a necessidade cirúrgica, para dar continuidade ao tratamento terapêutico, acabavam por não ter espaço ou escuta. Assim como, o fato deste serviço trabalhar numa abordagem médico-centrada, o terapeuta ocupacional, por muitas vezes, acabava por seguir as orientações do cirurgião, ou reinserindo o paciente em atendimento, já que ele era reencaminhado ao ambulatório, mesmo após a alta terapêutica.

Essa situação só contribuiu para o aumento da demanda para o Serviço de Terapia

da Mão, e para a falta de resolutividade de alguns casos que se cronificavam e caíam na problemática do longo tempo de tratamento e dificuldade de alta da terapia. Assim o crescimento e as mudanças ocorridas na Terapia Ocupacional, junto com o problema da demanda para o serviço de terapia da mão, fez com que ficasse evidente a necessidade de revisão das atividades com novas propostas e reflexões.

Na busca por ampliar essas abordagens e pensando na importância de desenvolver um olhar para além da recuperação física e individual do paciente, surgiu a proposta de atendimento em grupo para proporcionar trocas de saberes e responsabilidades entre seus participantes, indo ao encontro da educação em saúde e da educação na comunidade.

Dessa forma pensou-se em trabalhar em grupo para criação de novos espaços, onde o paciente pudesse se apropriar de sua atual condição, pensando e fazendo planejamento conjunto do retorno às atividades: cotidianas, laborais, lazer e as adaptações necessárias, de modo a dar chances e condições aos pacientes para atingirem maior funcionalidade possível, para que a alta ou um segmento ambulatorial mais espaçado fossem possibilidades.

Diante das reflexões sobre os cuidados em saúde realizados nesse ambulatório, a próxima etapa foi a criação dos grupos terapêuticos e de educação em saúde, identificando as populações. Portanto, em dezembro de 2012, buscou-se agrupar pacientes com limitações funcionais parecidas, iniciando-se pela de maior prevalência e tempo de tratamento, como estratégias para formação desses grupos.

Para Zimerman (1997, p.27):

“Em relação a microgrupos se impõe uma necessária distinção entre grupo propriamente dito e agrupamento. Por agrupamento entendemos um conjunto de pessoas que convive, partilhando de um mesmo espaço e que guardam entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade em virem a se constituir como um grupo propriamente dito. Pode-se dizer que a passagem da condição de um agrupamento para a de um grupo consiste na transformação de “interesses comuns” para a de “interesses em comum”.

A estratégia seria como descrito acima, agrupar os “interesses comuns”, avaliar as demandas específicas e, assim, inserir as estratégias de educação em saúde, e as técnicas de reabilitação, proporcionando um espaço para acolhimento e trocas de experiências dos “interesses em comum”.

Portanto analisando a doença ou lesão de maior prevalência e maior tempo de tratamento, assim como demandas específicas desse ambulatório, o primeiro agrupamento foi

o de pacientes com Síndrome do Túnel do Carpo (STC), já o segundo agrupamento foi de pacientes com amputações traumáticas da mão.

Para levantamento de algumas demandas específicas foram estruturadas anamneses (Anexo – 1 e 2) pela Terapia Ocupacional para cada grupo, a fim de conhecer melhor as demandas clínicas e de reabilitação funcional. Após anamnese individual e apresentação da proposta do grupo, o paciente foi então encaminhado para o grupo específico (STC ou amputação).

Foram analisados alguns protocolos de atendimento individual desses traumas e doenças em literaturas específicas e assim elaborado um roteiro pela Terapia Ocupacional que desse conta da parte clínica de reabilitação. Dentro desse roteiro e com conversas com os envolvidos (estagiários, pacientes, profissionais e docentes), foram inseridos temas para discussões e dinâmicas no grupo.

A inserção de outros profissionais da equipe para um atendimento interdisciplinar ocorreu por meio de uma parceria entre o serviço de Terapia Ocupacional da ISCMS e os estágios da graduação de Terapia Ocupacional e de Psicologia da UNIFESP – *Campus* Baixada Santista, com início no primeiro semestre de estágio do ano de 2013 e com o intuito de integrar as ações para uma atuação interdisciplinar.

No Serviço de Terapia Ocupacional da ISCMS os estagiários da graduação do curso de Terapia Ocupacional da UNIFESP/BS participavam das atividades ambulatoriais e hospitalares, ficando 06 (seis) alunos por semestre. O Serviço de Psicologia Hospitalar da ISCMS recebia 02 (dois) alunos da UNIFESP/BS por ano, e estes participavam das atividades hospitalares diariamente e das ambulatoriais conforme solicitações por interconsulta.

Surgiu, então, um novo desafio, onde deveríamos unir propostas, intervenções e integrar as ações dos estagiários da Terapia Ocupacional e psicologia, e a oportunidade se deu nos grupos de STC e amputados, foram montados dois grupos para cada modalidade, mas devido a disponibilidade do Serviço de Psicologia Hospitalar, a parceria foi possível ser efetivada em um grupo de cada, portanto, para esta pesquisa apenas foram coletados os dados referentes aos Grupos Terapêuticos de Educação em Saúde: interdisciplinares.



(Imagem - Ambulatório de TO – ISCMS)

INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”
(Leonardo Boff)*

I.1 CUIDADOS EM SAÚDE

Para refletir acerca das mudanças emergentes nesse contexto ambulatorial, se faz necessário refletir sobre as práticas de cuidado em saúde que permeiam a Terapia Ocupacional na saúde e reabilitação física, assim como na especialidade da terapia da mão. A formação dos grupos terapêuticos interdisciplinares de educação em saúde surgiu não apenas das necessidades e das demandas da população atendida nesse ambulatório, mas também da crise profissional, entre as equipes de cuidado e os modelos estruturados em instituições conservadoras e resistentes às mudanças de seus paradigmas de saúde.

Neste capítulo, vai-se refletir com relação aos modelos biomédico, biomecânico, fisiológico, enraizados nas práticas profissionais e em muitas instituições de saúde, e também, com relação à integralidade do cuidado, o atendimento interdisciplinar e a educação em saúde, em contextos em que essas propostas e modelos precisam caminhar paralelamente e, mais ainda, se inter-relacionarem.

I.1.2 A Terapia Ocupacional em saúde física: Histórico e desafios na integralidade do cuidado frente aos contextos gerais de saúde e reabilitação

Segundo De Carlo et al. (2004), a Terapia Ocupacional mundial tem como marcos de seu surgimento a atuação nos grandes hospitais psiquiátricos, e também o tratamento dos “sequelados” de guerra nos países mais envolvidos nesses conflitos. No Brasil, o surgimento se deu no tratamento dos doentes crônicos e acidentados de trabalho.

No início da década de 1950, a reabilitação passou a ser considerada como campo da área médica, onde se transformava paciente “inválido” em “mão de obra atuante” (De CARLO et al., 2004). Neste contexto a medicina trouxe sólidas influências para a Terapia Ocupacional, uma vez que esta passou a ser considerada importante área na reabilitação, e os

profissionais tiveram, de maneira mais clara, como explicar melhor as suas intervenções (DRUMMOND, 2007).

Nos anos de 1960 e 1970, a Terapia Ocupacional firmou sua prática no modelo positivista, com isto buscando uma tecnologia de exatidão para suas práticas. Até a década de 1980, os fundamentos e as práticas profissionais eram todas de literatura estrangeira. E a partir desse período, houve um aumento na produção científica nacional, na área de Terapia Ocupacional (DRUMMOND, 2007).

Na trajetória evolutiva das concepções e da prática sobre o processo saúde e doença, poderiam ser considerados alguns paradigmas que, começando com a visão mágico-religiosa, na Antiguidade, terminam na abordagem do modelo biomédico, predominante nos tempos de hoje. O modelo biomédico estimula um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado. A intensificação da divisão do indivíduo em pedaços contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo (BARROS, 2002). O foco da intervenção da Terapia Ocupacional passou a ser a reabilitação centrada na patologia, privilegiando o cuidado aos problemas motores da incapacidade física e da patologia intrapsíquica da doença mental (De CARLO et al., 2004).

Segundo Hagedorn, (2001), até pouco tempo parte dos conhecimentos básicos da Terapia Ocupacional derivou de ciências reducionistas, biológicas, comportamentais e médicas. A prática da Terapia Ocupacional na área da reabilitação evoluiu a partir da aplicação destes conhecimentos, assim na reabilitação física o modelo biomecânico tem como pressupostos básicos a aplicação de programas de exercícios graduados, o uso de princípios biomecânicos como órteses ou equipamentos adaptados para superar a capacidade residual, assim como abordagens nas atividades de vida diária e abordagens compensatórias. E sua aplicação pode ser em casos de traumas nas mãos, fraturas, lesões de nervos periféricos, amputações, queimaduras e afecções cardíacas.

Também, a reabilitação da mão no Brasil teve seu início na década de 1970 e também por meio da influência da área médica, nesse caso mais especificamente da cirurgia da mão:

“Na década de 70, o reimplante da mão era um fato e essa grande conquista exigia resultado funcional à altura da habilidade e experiência dos cirurgiões. Um novo desafio surgia(...): não tratar apenas das sequelas, mas preveni-las (...). Novos recursos foram sendo incorporados ao trabalho (...). Um novo papel para o terapeuta se configurou, assim como um novo conceito de equipe interdisciplinar. (...) Assim, em resposta a essa demanda, surgiu a Terapia da Mão para recuperação funcional do Membro Superior.” (FERRIGNO, 2007, 24p.)

A Sociedade Brasileira de Terapia da Mão (2015), também, diz sobre o surgimento da ideia do terapeuta da mão no Brasil, nesse mesmo período, da década de 1970, trazida pelos cirurgiões da mão que conheceram em outros países estes profissionais trabalhando.

Os terapeutas ocupacionais com experiência prática no atendimento de pessoas portadoras de lesões ou sequelas ortopédicas foram, então, direcionando sua atuação e estudos no sentido de aprofundar seus conhecimentos sobre o membro superior. O fato de as lesões na mão, nos casos traumato-ortopédicos, se recuperarem mais rapidamente, quando comparadas aos casos de reabilitação neurológica e reumatológica, exige uma visão ampliada do terapeuta, assim como uma *expertise* na reabilitação global, pois assim previne atitudes e dificuldades que podem prejudicar essa recuperação (FERRIGNO, 2007).

Para Lancman e Ghirardi (2002), novas teorias ligadas à reabilitação têm surgido com mudança na concepção do objeto da reabilitação, onde se propõe maior ênfase nas relações sociais e de certa forma mostrando que o modelo reducionista está superado. Mas toda mudança requer tempo, por mais que alguns profissionais queiram trabalhar olhando o paciente como um todo e com um enfoque voltado ao contexto socioeconômico, muitas vezes eles têm dificuldades por conta da formação reducionista que tiveram.

Para Barros (2002), paralelamente ao avanço e à sofisticação da biomedicina, foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença.

(...) o terapeuta vai definir a sua atuação diante de uma complexidade e variedade de elementos que requerem sistematização, sensibilidade e experiência; abertura e flexibilidade; maturidade e paixão; vontade de ajudar e de compartilhar.” (FERRIGNO, 2007, 28p.)

Desde o surgimento da profissão, o terapeuta ocupacional fez parte da equipe de reabilitação e tem participado da construção de alternativas assistenciais que se estruturaram a

partir de diferentes noções de indivíduo, corpo, intervenção técnica, processo de saúde-doença, deficiência-incapacidade, de tratamento e reabilitação (FERREIRA e OLIVER, 2006).

Um dos eixos estruturadores das práticas de reabilitação e de terapia ocupacional em disfunção física tem sido a noção de corpo, que, na maior parte das vezes, é considerado como “máquina” que necessita de adaptação e de reconstrução da função para que sua fragilidade diminua e para que, progressivamente, possa ser alcançada a independência da pessoa para o desenvolvimento das atividades cotidianas de autocuidado, trabalho ou lazer. Essa independência conquistada levará a maiores possibilidades de inserção e participação na vida social, um dos principais problemas enfrentados também pelas pessoas com disfunções físicas (FERREIRA e OLIVER, 2006).

Oliveira (2008) coloca que a possibilidade de compreender melhor a experiência do adoecer das pessoas é uma das facetas indispensáveis ao que pode ser considerado o maior desafio em saúde no Brasil, na atualidade, uma vez que este é um processo de construção/implementação da integralidade do cuidado em saúde que considera as necessidades das populações, em todos os aspectos.

Machado et al. (2007) entendem a integralidade do cuidado de pessoas, grupos e coletividade, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno.

Cecilio (2001) relata que a integralidade, em uma primeira dimensão, deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. Refere ainda, que, pode-se trabalhar com a imagem de que, quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e que caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível:

“Assim, a integralidade da atenção, (...), poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades (...).O resultado desta “integralidade focalizada” há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, compromissado com a maior integralidade possível, sempre, mas também, realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas.” (CECILIO, 2001,p.116)

Como aqui neste capítulo, foi colocado, em diversos momentos, o terapeuta ocupacional como parte integrante de uma equipe de reabilitação, a integralidade do cuidado vai ao encontro desse trabalho, chamado de interdisciplinaridade aliado à educação em saúde. A concepção desse termo interdisciplinaridade foi definida por Costa (2007) da seguinte forma:

“(...) pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo iterativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada” (COSTA, 2007, 109p.).

Portanto a autora nos diz que para que a prática interdisciplinar aconteça não basta alocar vários profissionais de categorias diversas em um único local de trabalho, mas, mais que isso, essa prática está vinculada à responsabilidade individual, ao envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição. Esse fato nos remete à questão, já discutida, referente ao processo de trabalho em saúde estar ainda ligado a um modelo tradicional (COSTA, 2007).

Corroboram essa discussão o atual sistema de saúde no Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde) e seus princípios. Vale ressaltar que o SUS foi criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde” e que seus princípios envolvem: universalidade, integralidade e equidade na assistência à saúde (REIS et al., 2015).

Fernandes e Backes (2010) dizem que uma das principais características da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) é a criação de equipes multiprofissionais que devem agir, a fim de desenvolver práticas de saúde com integralidade. Fernandes e Backes (2010, p.568) complementam que:

“Nesta busca as equipes devem executar ações (...) relacionadas ao trabalho e ao ambiente dos cidadãos; realizar acolhimento humanizado; prestar atendimento de saúde; (...) e criar espaços contínuos e crescentes de atividades educativas. (...) A articulação entre educação e saúde sob o ponto de vista da relação interpessoal, cuidado e respeito, se constitui como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade.”

Ainda com relação a articular a educação e a saúde, Vasconcelos et al. (2012) destacam o grupo terapêutico como um cenário propício para o trabalho ou abordagem da educação em saúde, uma vez que tende a facilitar: troca de informações, reflexão sobre problemas de saúde e a construção de uma visão crítica referente aos estados de saúde dos participantes.

Os autores também perceberam que o grupo terapêutico aliado à educação em saúde pode proporcionar motivação para a vida por representar um resgate da esperança, um reforço da autonomia e responsabilização pelo próprio processo de cuidar (VASCONCELOS, et al., 2012).

Baseado nos contextos apresentados, elementos essenciais como a integralidade, a interdisciplinaridade e a educação em saúde promovem um olhar ampliado sobre o cuidado. Seja nos diversos equipamentos de saúde, no contexto da reabilitação, ou na atuação na área da saúde física, o terapeuta ocupacional pode se articular com os diversos profissionais das equipes de saúde na criação desses espaços, através dos grupos terapêuticos e, assim, proporcionarem o compartilhamento de projetos e de auxílio nas reconstruções das histórias dessas pessoas.

1.2 DEFININDO E CONTEXTUALIZANDO GRUPOS

Para refletir acerca das definições e tipos de grupo, pode-se partir da ideia de que o ser humano é gregário por natureza e somente existe, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Para tanto, desde seu nascimento, participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social (ZIMERMAN, 2000).

Pode-se ainda afirmar que, de acordo com as relações e os grupos sociais já existentes nas culturas e sociedades, o indivíduo estabelece relações e participações conforme seu desenvolvimento e as fases da vida em que se encontra como infância, adolescência, vida

adulta e velhice (ZIMERMAN, 2000). Desde o primeiro grupo natural que existe em todas as culturas – a família nuclear e a seguir passando por creches, escolas maternas, além de inúmeros grupos de formação espontânea, a criança estabelece vínculos diversificados. Tais grupamentos vão se renovando e ampliando na vida adulta, com a constituição de novas famílias, de grupos associativos, profissionais, entre outros (ZIMERMAM, 1997).

Ao seguir por essa premissa da participação natural do ser humano em grupos desde seu nascimento, passando por seu desenvolvimento em sociedade e o estabelecimento de suas inter-relações, tal participação inclui que o indivíduo leva consigo suas experiências, histórias e se relaciona com as do outro, portanto é legítimo afirmar que todo indivíduo é um grupo, assim como todo grupo pode comportar-se como uma unidade individual quando passa a produzir e contextualizar suas próprias histórias e experiências. Nesse caso, o individual e o social não existem separadamente, pelo contrário, eles se diluem, interpenetram, complementam e se confundem entre si (ZIMERMAN, 1997).

Completando o pensamento anterior, Bastos (2010 p.161) relata sobre as concepções e o trabalho de Pichón-Riviére que começou a trabalhar com grupos, ao observar a influência do grupo familiar em seus pacientes, o mesmo:

“Defende, ainda a ideia de que aprendizagem é sinônimo de mudança, na medida em que deve haver uma relação dialética entre sujeito e objeto e não uma visão unilateral, estereotipada e cristalizada.”

Portanto, nesse contexto, a aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. A aprendizagem é um processo contínuo em que comunicação e interação são indissociáveis, na medida em que se aprende a partir da relação com os outros (BASTOS, 2010).

Além da participação natural gregária do ser humano, que implica mudança e aprendizado, há inúmeras outras definições teóricas com relação ao conceito e aos tipos de grupo. Barros (1994, p.148) apresenta brevemente sobre as diversas diferenças teóricas e metodológicas para definir grupo:

(...) “um grupo é mais que a soma dos indivíduos que o compõe”; “um grupo é um campo de relações interpessoais”; “um grupo é um sistema de relações que se estrutura exteriormente aos sujeitos que o compõe”; “um grupo é um conjunto de pessoas ligadas entre si por constante de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna”.

Barros (1994) também valoriza a relação interpessoal, bem como as contribuições de cada indivíduo na constituição do grupo e o define a partir de cinco elementos constitutivos, mesmo que variáveis: pluralidade de indivíduos, objeto comum, espaço dado, tempo definido e contexto social.

Além de reforçar mais ainda a ideia de que o grupo tem sido definido com base na noção de indivíduo, mantendo a dicotomia – indivíduo/grupo, também afirma que alguns autores ainda consideram a estrutura grupo/sociedade como mais equilibrada, uma vez que toma o tempo em sua expressão espacializada, isto é, cronológica (BARROS, 1994). Portanto o ser humano como indivíduo e seu desenvolvimento em sociedade, suas experiências individuais e grupais, histórias próprias e inter-relações definem e constituem os grupos dos quais ele participa.

Pichon-Riviére sistematizou a técnica de grupo operativo que pressupõe: a tarefa explícita (aprendizagem/ diagnóstico/ tratamento), a tarefa implícita (modo individual de vivenciar o grupo) e o enquadre (elementos fixos: tempo, duração, frequência, coordenador e observador). E utiliza a representação do cone invertido para demonstrar o movimento de estruturação/desestruturação/reestruturação de um grupo (BASTOS, 2010).

“Pichón-Riviére criou um esquema ao qual chama de cone invertido (...). Na base do cone estão representados os conteúdos implícitos e na parte inferior (ápice), as fantasias latentes grupais. O movimento em espiral vai fazendo o que é implícito tornar-se explícito (...).” (MAXIMINO, 1997, p.90-91)

Partindo dessa afirmação e dos diversos tipos de definição e classificação dos grupos, vem a questão de que esta pesquisa se relaciona com os conceitos de grupo em um contexto terapêutico e de educação em saúde, e a seguinte explanação que se faz necessária é a que diferencia os grandes grupos (pertencem à área da macrosociologia) dos pequenos grupos (micropsicologia). Os microgrupos onde estão situados os grupos terapêuticos costumam reproduzir as características sócio-econômico-políticas e a dinâmica psicológica dos grandes grupos, ou seja, da sociedade em que se vive (ZIMERMAN, 2000).

Zimerman (2000) classifica os grupos em grupos operativos e terapêuticos, esses últimos subdividem-se em autoajuda e psicoterápicos. Salienta ainda que, na prática, essas ramificações não são perfeitamente delimitadas; se interpondo, se completando e se confundindo. Assim como as relações grupais entre indivíduo e sociedade, o funcionamento de um grupo pode se interpor por diversas classificações e espaços. Apesar de o autor

defender alguns conceitos diferenciados de grupo, estes ainda se aproximam dos conceitos de grupo terapêutico.

Para Maximino (1997), o que se pretende nos grupos terapêuticos é a própria experiência de estar em grupo, onde o paciente pode viver outras formas de se relacionar e ter um fazer associado a um sentido, de ver a si mesmo como parte de uma estrutura que tem uma história, em um ambiente que pode ser seguro.

O caminho reflexivo até então percorrido pelas definições sobre grupo se aproxima ainda mais dele enquanto um contexto terapêutico. Desta forma Soares et al.(2009) dizem que o grupo terapêutico pode ser compreendido como um conjunto de pessoas com problemas similares que se reúnem para troca de experiências e conhecimentos e aquisição de novas habilidades de superação, na busca de melhores condições de saúde para seus membros.

O autor ainda considera que a educação em saúde pode ser favorecida pelo trabalho na modalidade grupal, possibilitando o aprofundamento das discussões referente às questões de saúde, uma vez que, no grupo, os participantes podem enfrentar melhor suas limitações, pelo resgate da autonomia e possibilidade de viver de modo mais harmônico com sua condição de saúde (SOARES et al., 2009).

Para fins desta pesquisa, haverá o trabalho com a noção de grupo terapêutico como ferramenta para trabalhar de forma interdisciplinar a integralidade do cuidado. Grupo este inserido no contexto da Terapia Ocupacional em saúde física e mais especificamente na reabilitação da mão, portanto permeando as técnicas de reabilitação e de educação em saúde.

Além das definições e conceitos de grupos em geral, também se faz necessário refletir acerca do desenvolvimento de grupos dentro da clínica da Terapia Ocupacional e da Terapia Ocupacional na saúde física e nos contextos hospitalares. Mas sempre a partir dessa premissa de que o ser humano vivencia os grupos ao longo do seu desenvolvimento e de sua formação enquanto indivíduo/sociedade e que isso não é dissociável e, de que a educação em saúde é favorecida nas trocas e vivências grupais.

1.2.1 Grupos como estratégia de cuidado na Terapia Ocupacional, na reabilitação e terapia da mão

O trabalho do terapeuta ocupacional envolve diferentes demandas, contextos e populações, por isso ele utiliza diversas ferramentas. De acordo com os objetivos a que se pretende alcançar na terapia, o tratamento pode ser conduzido tanto de forma individual como de forma grupal (CUNHA e SANTOS, 2009). Essa última abordagem, em grupo, tem sido cada vez mais utilizada, como uma intervenção terapêutica importante e eficaz na procura dos profissionais dessa área em ampliar suas dimensões de prática (BRUNELLO, 2002).

Ao utilizar uma abordagem grupal, o profissional precisa ter conhecimento acerca das definições, características e dinâmicas de funcionamento de grupos (CUNHA e SANTOS, 2009). Para Araújo (1996), ao relatar o atendimento em grupo terapêutico realizado com pacientes pós-reparo cirúrgico dos tendões flexores da mão, os objetivos dessa abordagem são:

“(...) orientar e educar os pacientes, incentivar a colaboração, dinamizar as terapias, estabelecer o espírito de grupo, estimular a participação ativa da família e propiciar atendimento adequado a um maior número de pacientes.” (ARAÚJO, 1996, 60p.)

De acordo com Magnani e Elui (2009), em casos de déficits de movimento por deformidades adquiridas, como seqüela das doenças reumáticas, pode-se ter nas vivências grupais objetivos como: aprendizado de técnicas de atividades artesanais, técnicas de proteção articular e conservação de energia, práticas de repouso intermitente, técnicas de alongamento, atividades graduadas e controle da dor.

Descrevem esses objetivos, ao relatar a experiência em um ambulatório de saúde física – musculoesquelética, trabalhando com atendimentos grupais em ortopedia e reumatologia. Para essas autoras, por meio da abordagem grupal, é possível alcançar resultados significativos para o controle da dor, aquisição de novas habilidades, treino de atividades básicas da vida diária (AVD), promoção de maior independência e autonomia, além de promoção da socialização e troca de experiências (MAGNANI e ELUI, 2009).

Já Pietro e De Carlo (2009) trazem um relato do atendimento em grupo em um contexto de internação hospitalar. Afirmam que essa abordagem pode favorecer a construção de formas e estratégias de enfrentamento da situação de adoecimento e hospitalização. Os objetivos de utilizar a abordagem grupal, em uma Enfermaria de Ortopedia de um hospital estadual, estão em intervir nas relações humanas e no cotidiano institucional.

Nesse caso, o grupo se torna uma importante ferramenta na criação de espaços e oportunidades para realizar atividades significativas e dessa forma (re)estruturar e (re)humanizar o cotidiano desses pacientes, assim como os próprios cuidados prestados pelos profissionais de saúde (PIETRO e De CARLO, 2009).

Esses relatos levam a refletir sobre as diversas possibilidades e ferramentas que essa abordagem traz ao profissional terapeuta ocupacional. Desde a fase pós-traumática ou pós-lesão, no período de internação, podendo ocorrer em momentos pré-cirúrgicos e alcançando os limites do ambulatório após a alta hospitalar, expandindo para além do sujeito e da doença.

Assim como se pode observar, em outra explanação, onde um grupo de terapia ocupacional realizado semanalmente em um ambulatório de neurologia adulto, denominado “Qualidade de Vida pós-AVE”, os terapeutas conseguem abordar diversos assuntos com fins educativos, além da confecção de recursos de tecnologia assistiva (REIS e SANTANA, 2009).

O grupo demonstra-se potente enquanto recurso terapêutico na prática da Terapia Ocupacional na aquisição de novas habilidades, independência, autonomia, técnicas de cuidado, prevenção e promoção à saúde, assim como para discussão de temas e espaço de aprendizado com relação ao processo de saúde-doença, favorecendo o processo de educação em saúde.

Reis e Santana (2009) relatam que neste ambulatório também é realizado um grupo de atenção ao cuidador, com o objetivo de abordar temas como sobrecarga de cuidados e realizar dinâmicas grupais para discussão de temas diversos de interesse e técnicas de relaxamento.

Os grupos terapêuticos no cotidiano das práticas do profissional terapeuta ocupacional, dos serviços e das equipes de reabilitação e, sendo um destes, os grupos de educação em saúde, conseguem promover o aprofundamento da discussão e da participação ativa dos sujeitos envolvidos (pacientes, profissionais, estudantes e familiares/cuidadores).

Apesar de ser uma abordagem cada vez mais utilizada no contexto da Terapia Ocupacional, com essa população de terapia da mão ou na área da reabilitação física, ainda não é tão frequente, sendo até difícil encontrar muitos referenciais teóricos. Como já foi

discutido no capítulo anterior, os modelos e paradigmas dos cuidados em saúde dificultam a ampliação do olhar e do cuidado para além da lesão ou doença.

O potencial dessa abordagem para promover a ampliação das práticas dos profissionais da Terapia Ocupacional com essa população específica de terapia da mão é expressivo, como relatado nessas experiências encontradas na literatura, assim como um desafio dentro do contexto em que ainda está inserida essa área dentro das unidades de saúde.



(Imagem – Ambulatório de TO – ISCMS)

II. HIPÓTESE

“A ciência traz ao homem a incerteza de uma certeza”.
(Adan Fernandes da Silva)

Diante do exposto, supõe-se que o planejamento e a realização de atividades em grupos terapêuticos interdisciplinares de educação em saúde podem favorecer a criação de espaço de acolhimento, escuta e troca de experiências, bem como a criação de redes de suporte social entre os participantes, em busca de participação mais ativa de todos os envolvidos no cuidado à saúde e na vida cotidiana.



(Imagem – Auditório Consistório – ISCMS)

OBJETIVOS

III. OBJETIVOS

“Tudo deveria se tornar o mais simples possível, mas não simplificado.”

(Albert Einstein)

- *Geral:*

Compreender as mudanças no cotidiano dos indivíduos participantes dos grupos terapêuticos de educação em saúde, no Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

- *Específicos:*

Conhecer de que forma os grupos terapêuticos interdisciplinares de educação em saúde influenciam na participação mais ativa de cada um, em seu cuidado à saúde e na sua vida cotidiana.

Entender a percepção dos participantes com relação à criação de redes de suporte, acolhimento, escuta e trocas de experiências dentro do grupo.



(Imagem – Ambulatório de TO – ISCMS)

MÉTODO

IV. MÉTODO

*“O processo de criação do artista é uma atividade lúdica
e só nela o homem é verdadeiramente livre,
pois ele próprio determina suas regras.”*

(Friedrich Schiller)

IV.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Esta pesquisa é um estudo retrospectivo e prospectivo, exploratório e de natureza qualitativa.

Retrospectivo, pois foram analisadas as evoluções feitas sobre os grupos desde julho de 2013, bem como as impressões que constam nos diários de campo escritos pelos alunos que já passaram por estes grupos.

Prospectivo, uma vez que, foram entrevistados os atuais participantes dos grupos e também utilizaram-se as evoluções dos grupos bem como os diários de campo escritos pelos alunos no momento da coleta de dados, em julho de 2014, dessa forma, procurando olhar desde a constituição destes grupos até tentar avaliar o processo de evolução.

A pesquisa exploratória tem por finalidade desenvolver e elucidar conceitos e ideias, além de proporcionar maior compreensão e familiaridade com o problema, a partir da aproximação do pesquisador com determinada temática, esta se torna explícita para o aprofundamento em pesquisas posteriores, ou até mesmo para a construção de hipóteses (GIL, 1999).

A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Minayo (2008) coloca que a abordagem qualitativa atenta-se aos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes que são resultantes da ação humana objetiva, fatores esses que se estendem ao cotidiano, vivência e explicação de pessoas que experienciam determinadas situações. A abordagem qualitativa possibilita melhor compreensão de hábitos e atitudes dos mais diferentes grupos, destacando-se aspectos relevantes à saúde, doença, terapêuticas, políticas, programas e quaisquer ações empregadas pelos serviços de saúde (MINAYO e DESLANDES, 2002).

IV.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 10 (dez) pessoas, sendo 5 (cinco) pacientes com traumas de membro superior por amputação e 5 (cinco) pacientes com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo que frequentaram os atendimentos de dois grupos: terapêutico interdisciplinar de educação em saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, desde julho de 2013 até o momento da coleta de dados, em julho de 2014. Não houve desistentes.

Os grupos foram divididos de acordo com o diagnóstico (amputação ou síndrome do túnel do carpo) e aconteceram em dias e horários diferentes. Cada grupo recebeu 03 (três) estagiários da graduação de terapia ocupacional e 02 (dois) estagiários da graduação de Psicologia.

No Ambulatório de TO da ISCMS também aconteciam outros dois grupos terapêuticos e de educação em saúde, porém não com intervenção interdisciplinar. Dessa forma, para atender aos objetivos desta pesquisa, selecionaram-se somente os grupos que eram realizados em parceria com os estágios da graduação da Terapia Ocupacional e da Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – *Campus* Baixada Santista.

□ *Crítérios de inclusão:*

- Pacientes com idade entre 18 e 65 anos
- Pacientes com traumas de membro superior por amputação;
- Pacientes com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo;
- Participantes em atendimento no grupo terapêutico interdisciplinar de Educação em Saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional da Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos;
- Aceitar participar, assinando e rubricando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e o Termo de Consentimento do Uso de Imagem (Apêndice B).

□ *Crítérios de exclusão:*

- Pacientes fora da faixa etária estipulada
- Pacientes com outras lesões ou outras doenças e/ou membro superior,
- Pacientes que não participem dos atendimentos em grupos;

- Participantes dos demais grupos;
- Os que não compareceram a, no mínimo, 05 (cinco) encontros do grupo terapêutico interdisciplinar de educação em Saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional (TO) da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS);
- Os que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e o Termo de Consentimento do Uso de Imagem.

IV. 3 PROCEDIMENTOS

IV. 3.1 Procedimento para a escolha dos participantes

Os dois grupos (terapêutico interdisciplinar de educação em saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS), contavam com 15 participantes no período da coleta de dados, sendo 08 com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo e 07 (sete) com amputação. Ao final de um dos encontros semanais, estes foram convidados, pessoalmente, pelo entrevistador a participar da pesquisa, e 10 (dez) participantes aceitaram. Nesse momento, o pesquisador expôs os objetivos da pesquisa e apresentou o TCLE e o Termo de Consentimento do Uso de Imagem.

IV.3.2 Procedimento para escolha dos instrumentos de coleta

Para esta pesquisa, utilizou-se os instrumentos: entrevista semiestruturada (Apêndice C), as evoluções preenchidas ao final de cada encontro pelos coordenadores do grupo e os diários de campo dos alunos da graduação de Terapia Ocupacional e Psicologia da UNIFESP – Baixada Santista que participaram dos grupos.

IV.3.2.1 Pesquisa de campo

Segundo Manfroi (2006), a pesquisa de campo toma os dados como eles se apresentam na natureza, procurando descobrir, com a precisão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros fenômenos, sua natureza e características. Trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade. Neste tipo de pesquisa é essencial a utilização do diário de campo, com anotações de detalhes observados, dúvidas, sentimentos em relação ao que foi visto e vivenciado. Pode fundamentar-se em

qualquer tipo de fonte que registre a presença de indivíduos ou grupos (monumentos, fotografias, pinturas, arquivos institucionais ou pessoais, cartas, entre outros).

Pode ser uma pesquisa de opinião onde se procuram saber atitudes, pontos de vista e preferências que as pessoas têm a respeito de algum assunto, assim como também pode envolver um estudo documental: estudo de documentos para comparar usos e costumes, tendências ou diferenças (MANFROI, 2006).

No caso desta pesquisa, buscou-se conseguir dados dos vários olhares e vivências dos participantes dos grupos (pacientes, profissionais e alunos). Dessa forma foi realizada coleta de opinião através de entrevista semiestruturada, da utilização de fontes como documentos (evolução dos grupos e diários de campo) e, assim conseguir trabalhar com a vivência natural e real desses participantes dentro dos grupos interdisciplinares.

IV.3.2.2 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi elaborada especificamente para esta pesquisa e construída pensando em melhor conhecer as características e percepções dos pacientes participantes do grupo. Foi organizada com perguntas simples e objetivas relacionadas às situações sociodemográficas dos participantes, assim como com perguntas sobre a dinâmica grupal, percepções acerca das interações pessoais, trocas de experiências, acolhimento, cuidados à saúde e mudanças no cotidiano. Dessa forma, indo ao encontro dos objetivos desta pesquisa.

Toda pesquisa em que se usa a entrevista pode ser considerada um processo social, em que as palavras são o meio principal de troca. É também considerado um intercâmbio de ideias e significados em que as várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Tanto os entrevistados como o entrevistador estão diferentemente envolvidos na produção do conhecimento. Portanto a entrevista pode ser indicada quando o objetivo é para explorar a vida do indivíduo e quando o tópico se refere a experiências individuais (GASKEL, 2000).

Desse modo o instrumento de entrevista semiestruturada foi elaborado de forma a permitir trabalhar e explorar os pontos que se pretende investigar.

IV.3.3 Procedimentos para a coleta de dados

Para a coleta dos dados das entrevistas, foi agendado um horário individual em dia específico, com cada um dos participantes dos grupos que aceitou participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em dois dias diferentes e, para cada participante foi reservado o período de 01 (uma) hora, dessa forma foram realizadas 05 (cinco) entrevistas em cada dia. No início da entrevista, foram realizadas a leitura do TCLE e as respectivas assinaturas e rubricas, assim como do Termo de Consentimento do Uso de Imagem.

Como as perguntas foram formuladas de forma objetiva, permitiam respostas da mesma forma e, portanto, não foi necessário o uso de gravador. O entrevistador registrou em forma de escrita, conforme foi obtendo as respostas, tomando o cuidado para não modificar as palavras descritas pelo entrevistado.

Foi realizado um pré-teste com dois participantes dos grupos que não fizeram parte da pesquisa. Não foi necessário fazer alterações no roteiro da entrevista. Ao final de cada entrevista, durante a coleta de dados, foi também esclarecido aos participantes, que ao finalizar a pesquisa, os mesmos poderiam ter acesso aos resultados, se assim o quisessem.

Para esta pesquisa, não foi considerado o critério da amostragem por saturação, que é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, mas é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA et al., 2008).

Uma vez que o número de participantes desta pesquisa por cada grupo foi pequeno (total de dez participantes que deram o aceite), assim como as perguntas e respostas foram realizadas de forma objetiva, não havendo redundâncias ou repetições, não houve necessidade de saturação.

IV.3.4 Procedimentos para a análise dos dados

IV.3.4.1 Análise documental

Evolução dos grupos

Com as evoluções foi possível ter um panorama do processo pelo qual o grupo

passou desde a sua implantação, bem como as estratégias utilizadas e as demandas trazidas pelos participantes. O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado, uma vez que a riqueza de informações que deles se pode extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

Além do mais o uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, também importante considerar que a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

□ *Diários de campo dos alunos*

Os diários de campo proporcionaram conteúdos que os alunos observaram, e a leitura contribuiu para o registro de fenômenos dificilmente coletados por outras ferramentas, como impressões pessoais, sentimentos, falas e comportamentos.

Pode-se considerar que as informações, tanto de natureza descritiva como reflexiva, imprimem um caráter genérico ao diário de campo, tornando-o retrato de todo o processo de desenvolvimento de uma pesquisa e/ou dos processos de intervenção profissional em dado contexto. Este pode conter reflexões cotidianas que, quando relidas teoricamente, podem traduzir-se em avanços tanto na intervenção (estabelecimento de novas prioridades, por exemplo), quanto na teoria (alimentando-a com novos dados sobre a realidade, problematizando novas abordagens e ações) (LIMA et. al., 2007).

IV.3.4.2 Análise das entrevistas, evoluções dos grupos e diários de campo

Os dados sociodemográficos levantados na entrevista foram analisados, de modo a caracterizar a população participante dos grupos terapêuticos interdisciplinares de educação em saúde do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS.

Para auxílio na interpretação do material produzido através das entrevistas semiestruturadas, das evoluções do grupo e dos diários de campo dos alunos, foi utilizada a

análise de conteúdo. Com o método é possível explicitar, sistematizar e expressar o conteúdo das mensagens e para tal se faz necessário que a análise de conteúdo seja organizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação (MINAYO, 2000).

Na primeira fase, organizou-se e sistematizou-se o material em tabelas, com as datas, as respostas, as evoluções dos grupos e as descrições dos diários de campo dos alunos. A partir dessas tabelas, foram realizadas diversas leituras do material para obter as categorias que orientaram a interpretação.

O próximo passo foi desmembrar as categorias em unidades temáticas significativas e que são caracterizadas como grandes enunciados que abarcam um número variado de temas com certo grau de intimidade ou proximidade e visam a descobrir núcleos de sentido das comunicações, preocupando-se se as frequências ou presença significam algum aspecto relevante para o estudo (MINAYO, 2000 e CAMPOS, 2004). Dessa forma as categorias temáticas significativas foram organizadas, de modo a dar conta dos objetivos desta pesquisa.

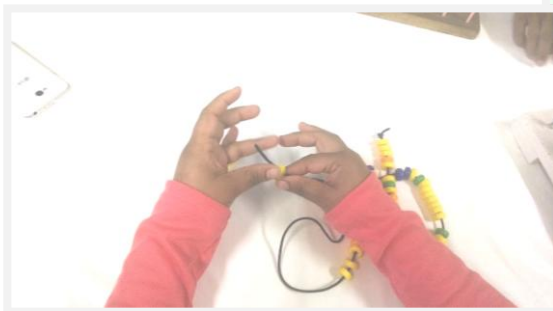
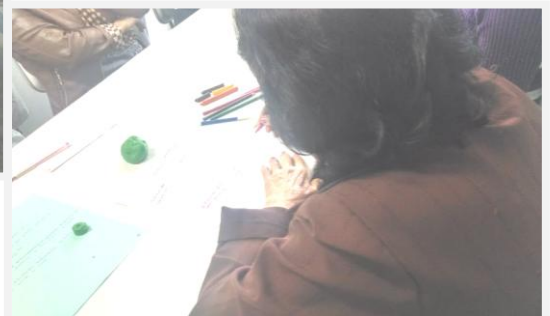
IV.4. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil, atendendo ao estabelecido na Resolução n.466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

O início da pesquisa se deu após a aprovação do projeto no CEP, em 14 de agosto de 2014, sob Parecer versão 01(um) n. 751.762 (anexo 3). Na mesma data foi também gerado o Parecer versão 02 n. 751.762 (Anexo 4) que se refere à solicitação do CEP de documento de autorização para uso dos diários de campo e, por último, após a interlocução da pesquisa, foi solicitado pela pesquisadora que o título fosse modificado e, assim, foi novamente submetido à Plataforma Brasil que aprovou a alteração em 29/07/2015, sob Parecer versão 3 n. 1.163.019 (Anexo 5).

Os resultados serão apresentados à ISCMS, bem como o produto será entregue: Protocolo para Avaliação da Dinâmica dos Grupos Terapêuticos.

Para a realização desta pesquisa, não houve discriminação na seleção dos indivíduos, nem a exposição a riscos desnecessários, assim como houve obtenção do consentimento informado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Consentimento do Uso de Imagem e a garantia da preservação da privacidade dos participantes, bem como a segurança da continuidade de seu tratamento no Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de TO da ISCMS.



(Imagens - Ambulatório de TO – ISCMS)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

V. RESULTADOS E DISCUSSÕES

*“Amigos você e eu... Você trouxe outro amigo...
Agora somos três... Nós começamos um grupo...
Nosso círculo de amigos...
E como um círculo, não tem começo nem fim...”*
(Autor Desconhecido)

Primeiramente será apresentada a caracterização dos participantes, depois em um segundo momento serão apresentados os resultados qualitativos.

V.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 10 (dez) pacientes, sendo 5 (cinco) com traumas de membro superior por amputação e os outros 5 (cinco) com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo (STC), atendidos no Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional da ISCMS. Para melhor caracterizar essa população, se faz importante uma breve explanação acerca da STC e dos casos de amputação ao nível da mão e do membro superior.

Segundo Chammas et al., (2014), a síndrome do túnel do carpo (STC) é a mais frequente das síndromes compressivas, definida pela compressão do nervo mediano no punho e a causa mais frequente é a idiopática. O autor também coloca que, ainda que sejam possíveis as regressões espontâneas dos sintomas, o que geralmente acontece é o agravamento. O tratamento conservador é a conduta de eleição para o controle dos sintomas, e os pacientes que não respondem a essa forma de tratamento ou os que apresentam quadro clínico com maior tempo de duração são geralmente submetidos ao tratamento cirúrgico que pode trazer a regressão dos sintomas, mas também pode trazer outras complicações (ZUMIOTTI et al., 1996).

Os sintomas envolvem dor, dormência, formigamento nas mãos e uma grande incapacidade para o trabalho. Embora já tenham sido relatadas, em alguns estudos, altas taxas de prevalência em algumas profissões, pouco se sabe sobre a prevalência na população em geral (ATROSHI et al., 1999). Sabe-se que há alguns predominantes em relação ao sexo e à idade, mas isso será apresentado ao longo deste capítulo na caracterização propriamente dita

dos participantes desta pesquisa.

Já com relação à amputação cirúrgica de um seguimento, a mesma é feita geralmente em traumas graves, quando é impossível a reconstrução do fluxo sanguíneo. Uma parcela significativa dessas amputações vem associada a outras lesões bastante complexas, como: perdas de substâncias cutâneas em áreas em que é essencial uma sensibilidade de boa qualidade, comprometimento do deslizamento e/ou perda da continuidade do sistema músculo tendíneo, assim como lesões do sistema nervoso periférico e lesões vasculares (PARDINI, 2008).

Em ambos os casos (STC e amputação), há também um forte significado social e econômico, dadas as implicações na capacidade funcional para o trabalho e atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para melhor elucidar essas problemáticas e fazer a distinção de cada um dos participantes, serão utilizadas as iniciais dos nomes, e a caracterização dos participantes será apresentada nas Quadros 1 e 2, respectivamente, que estão a seguir:

Quadro 1: Caracterização dos participantes – Parte I

N.	Grupo	Nome	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Vive Com	Número de Pessoas	Tipo de Moradia	Cidade	Região
1	STC	N.C.R.	51 ^a	M	Casado	EMC	Cônjuge e Filhos	4	Própria	SV	Parque SV
2	STC	D.S.M.	54 ^a	F	Divorciado	EMC	Filho	2	Própria	Santos	Marapé
3	STC	M.M.C.	54 ^a	F	Amasiado	SE	Cônjuge e Filho	3	Própria	Santos	Morro
4	STC	N.B.M.	34 ^a	F	Casado	EMC	Cônjuge e Filho	3	Própria	Bertioga	*****
5	STC	D.T.P.	52 ^a	F	Amasiado	EMI	Cônjuge e Filho	3	Casa Pais/ Familiares	Santos	Campo Grande
6	Amputados	E.P.S.	39 ^a	M	Casado	EFI	Cônjuge e Filhos	4	Própria	PG	Vila Tupy
7	Amputados	L.F.C.	42 ^a	M	Solteiro	EMI	Sozinho	1	Própria	SV	Jockey
8	Amputados	M.V.S.	59 ^a	M	Casado	EMI	Cônjuge e Netos	4	Própria	Santos	Morro
9	Amputados	J.C.B.	48 ^a	M	Solteiro	EMI	Sozinho	1	Alugado	SV	Parque das Bandeiras
10	Amputados	C.O.D.	27 ^a	M	Amasiado	EMI	Cônjuge	2	Alugado	SV	Gonzaguinha

Legenda:

EMC – Ensino Médio Completo

EFI – Ensino Fundamental Incompleto

SV - São Vicente

EMI – Ensino Médio Incompleto

SE – Sem Escolaridade

PG – Praia Grande

Dentre os 10 (dez) pacientes da pesquisa, 5 (cinco) são integrantes do grupo de síndrome do túnel do carpo e os outros 5 (cinco) do grupo de amputados, sendo 6 (seis) participantes do sexo masculino e 4 (quatro) do sexo feminino. Nessa caracterização encontra-se que a predominância do sexo feminino está no grupo de STC (4:1), enquanto a do sexo masculino está no grupo de amputados (5:5). A média de idade dos participantes foi de 46 anos, sendo o mais novo com 27 anos e o mais velho com 59 anos.

A predominância e a média de idade dos participantes desta pesquisa corroboram alguns estudos apresentados abaixo.

Kouyoumdjian (1999) avaliou os aspectos clínicos e epidemiológicos em 668 casos de pacientes com diagnóstico de STC, relatou a ocorrência desta doença mais frequentemente no sexo feminino entre 40 e 60 anos. O autor teve como resultados desse estudo que, entre os 668 casos estudados, 610 (91,3%) eram do sexo feminino e 58 (8,7%), do sexo masculino. Ainda com relação aos resultados obtidos pelo mesmo, referente à idade, a média para o sexo feminino foi de 47,6 e a média para o sexo masculino foi 46,4.

Foram atendidos no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT HC-FMUSP) e no Hospital Sírio-Libanês, no período de 1985 a 1995, 17 pacientes portadores de síndrome do túnel do carpo que haviam sido submetidos, sem êxito, à descompressão do nervo mediano. A média de idade dos pacientes foi de 53 anos. Dezesesseis pacientes eram do sexo feminino e um era do sexo masculino (ZUMIOTTI et al., 1996).

Em outro estudo realizado, também no IOT HC-FMUSP, em 1999, foram submetidos a tratamento cirúrgico e à avaliação clínica pós-operatória 28 pacientes com diagnóstico clínico e ENMG de STC, divididos em dois grupos de 14 pacientes, a média de idade no grupo endoscópico foi de 53,6 anos, enquanto no grupo aberto foi de 52 anos, e todos os 28 pacientes, com exceção de um do grupo aberto, eram do sexo feminino (PEREIRA et al., 2003).

Já nos casos dos pacientes com amputação, onde a predominância nesse ambulatório foi do sexo masculino, também se encontraram similaridades na literatura como em um estudo realizado de maio a dezembro de 1993, onde foram avaliados prospectivamente 17 pacientes com amputação da extremidade distal dos dedos da mão com relação ao resultado do tratamento conservador. A média de idade dos participantes foi de 31,7 anos, sendo dez do sexo masculino e sete do sexo feminino (ORTIZ e GIRIBONI, 1995).

Paiva e Goellner (2008) analisaram os significados culturais que os indivíduos amputados atribuem aos seus corpos e às suas vidas cotidianas, após uso de prótese. Nessa pesquisa também há predominância do sexo masculino, nos casos de amputação. Participaram da pesquisa nove pacientes, sendo seis homens e três mulheres, com idades variando de 18 a 82 anos.

Um estudo realizado, com o objetivo de analisar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em todo o processo de amputação, contou com a participação de 18 pessoas que sofreram amputação, no período de 2008 a 2010. E na caracterização dos participantes, também se evidenciou a predominância do sexo masculino, sendo que dos 18 participantes, 12 eram do sexo masculino. Com relação à média de idade, 14 possuíam mais de 50 anos, no momento da amputação (MARQUES et al., 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis, em especial as que acometem o sistema cardiovascular e as associadas às causas externas como acidentes de trânsito e acidentes de trabalho, são responsáveis por um número cada vez maior de pessoas com sequelas físicas e, das pessoas acometidas por esses agravos, é expressivo o número das que evoluem para amputações que podem ser resultantes da inadequada prevenção de doenças de base, da ação terapêutica no tratamento de doenças avançadas ou de um evento agudo (VARGAS et al., 2014). Dados esses que justificam a idade de maior prevalência nesses estudos citados anteriormente.

Voltando à caracterização com os dados obtidos nesta pesquisa, quanto ao estado civil, 4 (quatro) dos participantes são casados, 3 (três), amasiados, 2 (dois), solteiros e 1 (um) é divorciado. Com relação à escolaridade: 1 (um) sem escolaridade, outro com ensino fundamental incompleto, 5 (cinco) com ensino médio incompleto e 3 (três) com ensino médio completo.

A metade dos participantes (cinco) vive com cônjuge e filhos, e da outra metade (cinco), 01 (um) mora com cônjuge e netos, 01 (um) apenas com o filho, 01 (um) apenas com o cônjuge e 02 (dois) moram sozinhos. A quantidade de pessoas que vivem juntos na moradia dos participantes varia entre 01 (um) e 04 (quatro), sendo 02 (duas) moradias com 01 (uma) pessoa, outras 02 (duas) com 02 (uma) pessoas, 03 (três) moradias com 03 (três) pessoas e 03 (três) moradias com 04 (quatro) pessoas.

Todos os participantes residem na Região Metropolitana da Baixada Santista, sendo 4 (quatro) da cidade de Santos, das regiões do Marapé, Morro e Campo Grande; 4 (quatro) da cidade de São Vicente, das regiões do Parque São Vicente, Jockey, Parque das Bandeiras e Gonzaguinha; 1 (um) de Praia Grande, da região da Vila Tupy e 1 (um) da cidade de Bertioga que não soube especificar a região. Sete dos integrantes dos grupos possuem moradia própria, 2 (dois) moram em residências alugadas e 1 (um) reside com pais e familiares.

É possível identificar que os participantes da pesquisa, de ambos os grupos, são adultos e estão em uma faixa etária produtiva de trabalho, inclusive alguns trabalhavam e com a doença passaram a enfrentar problemas como perda de papéis de provedor do lar ou de realização das atividades domésticas, o que trouxe sofrimento e cobranças sociais.

“(...) diz que suas dores afetam a si mesma e à família que não compreende seu problema e a sociedade em relação ao trabalho, mas que respeita seus limites.” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

No quadro a seguir, serão apresentados dados relativos ao tempo da doença, ocupação, renda, afastamentos e tratamento na Terapia Ocupacional..

Quadro 2: Caracterização dos participantes – Parte II

N.	Grupo	Nome	Tempo Lesão/Doença	Ocupação	Renda	Afastamento do Trabalho	Afastamento das Atividades de Rotina	Tempo no Serviço de Terapia Ocupacional
1	STC	N.C.R.	02 anos	Montador de Móveis	Auxílio Doença	08 anos	08 anos	01 ano e 06 meses
2	STC	D.S.M.	10 anos	Secretária	Pensão Filho	01 ano e 6 meses	Faz de forma adaptada	01 ano
3	STC	M.M.C.	06 anos	Limpeza Casa de Família	Cônjuge/ Filho	05 meses	Faz devagar	05 meses
4	STC	N.B.M.	02 anos	Diarista	Emprego	Sem afastamento	Sem afastamento	05 meses
5	STC	D.T.P.	06 anos	Cabeleireira	Auxílio Doença	06 meses	06 meses	04 meses
6	Amputados	E.P.S.	04 anos	Ajudante Geral	Auxílio Doença	04 anos	Sem afastamento	08 meses
7	Amputados	L.F.C.	11 meses	Balconista Farmácia	Auxílio Doença	11 meses	Se adaptando	11 meses
8	Amputados	M.V.S.	01 ano e 05 meses	Carpinteiro	Emprego	01 ano e 05 meses	Faz com dificuldade	01 ano
9	Amputados	J.C.B.	11 meses	Auxiliar Máquina	Auxílio Doença	11 meses	11 meses	11 meses
10	Amputados	C.O.D.	06 meses	Soldador de Chaparia	Auxílio Doença	06 meses	Segurar o sabonete	02 meses

Com relação à ocupação exercida pelos integrantes dos grupos, pode-se incluir: montador de móveis, secretária, limpeza de casa de família e diarista, cabeleireira, ajudante geral, balconista de farmácia, carpinteiro, auxiliar de máquina, soldador de chaparia, e todos se encontravam ou permaneceram por algum tempo afastados das atividades do trabalho: 6 (seis) estão vivendo com a renda do auxílio-doença, 2 (dois) com a renda do trabalho e outros 2 (dois) com ajuda de pensão do filho e auxílio do cônjuge, respectivamente.

Como descrito anteriormente, dos 10 (dez) participantes da pesquisa 08 (oito) se encontravam afastados da atividade do trabalho e 06 (seis) tinham como fonte de renda o auxílio-doença. Esse fato mobilizou algumas discussões nos grupos acerca do sistema de atendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A média de tempo de afastamento é de um ano e nove meses, sendo o menor tempo cinco meses e o maior tempo de afastamento oito anos.

Só não se encontravam afastados do trabalho a diarista e o carpinteiro. Em alguns encontros, foram colocados pelos participantes a insegurança e o receio de ficar sem trabalho, caso se afastassem dessa atividade ou após esse período, também em alguns casos, alguns pacientes relatavam durante os encontros, que o médico que acompanhava o caso demorava em solicitar o afastamento ou que o retorno ao trabalho acontecia quando o mesmo ainda não estava apto para retornar.

“(...) relata ter voltado ao trabalho, porém relata descontentamento com o retorno às atividades, justificando não ter condições ainda.” (Diário de Campo – Estagiário grupo de Amputados)

Muitas vezes essa problemática atrapalhou o desenvolvimento do tratamento e a reabilitação dessas pessoas que continuavam realizando grande esforço com as mãos, durante a rotina de trabalho.

“A dependência física e financeira, especialmente para os homens, acarreta sentimentos de inferioridade, podendo levar à depressão ou revolta. O risco de ser demitido ou não mais poder desempenhar a função coloca o indivíduo em situação de insegurança e medo.” (FERRIGNO, 2007, p.32)

De acordo com Lancman e Ghirardi (2002), as mudanças na organização do trabalho e do perfil da classe trabalhadora trouxeram implicações no emprego, na estabilidade, aposentadoria, carreira progressiva, assim como nos direitos trabalhistas e proteção à saúde do trabalhador.

“O desemprego, o subemprego e o trabalho informal tornam-se permanentes e estruturais nas sociedades atuais, favorecendo relações de trabalho precárias que terminam por atingir também as condições de trabalho e saúde daqueles que estão ainda empregados. Essa lógica de restrição de oportunidades leva trabalhadores assalariados a cederem à precarização das condições de trabalho e às perdas de direitos trabalhistas que dela decorrem, deixando aos trabalhadores a escolha entre um mau trabalho ou trabalho nenhum.” (LANCMAN e GHIRARDI, 2002, p.46)

Da mesma forma que alguns tinham receio em se afastar da atividade do trabalho, os que já se encontravam afastados tinham, também, um receio, mas agora de perder o

auxílio-doença e não conseguirem novamente se inserir no mercado de trabalho e, assim, não conseguir dar conta das necessidades familiares. Esse fato gerava, ainda, uma recusa em receber alta da terapia e uma constante solicitação de laudos e relatórios ao perito do INSS.

(...) iniciou a discussão relatando as dores e o fato de não poder pegar peso. (...) prosseguiu relatando (...) que isso atrapalha todo o resto, e a abala muito. (...) relatou que as dores afetam principalmente o trabalho, pois não pode trabalhar e o INSS deu alta, e por isso está sem dinheiro, o que a incomoda (...)” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

“Não dá para trabalhar! (...) Às vezes tem dinheiro às vezes não tem.” – “INSS- relação com a negligência por parte desse serviço” – (“as dores sou eu que sinto, ninguém sente ela!”) (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

“(...) a paciente coloca sua posição sobre a impossibilidade de retornar à atividade do trabalho e que nunca mais vai poder fazer.” (Diário de Campo - Estagiário Grupo de STC)

Toda essa situação e as constantes discussões a respeito do tema trabalho, afastamento e auxílio-doença suscitaram a criação de um evento, com palestras sobre o trabalho, unindo os alunos e pacientes de ambos os grupos, onde foram discutidas as especificidades de cada lesão ou doença (no caso STC e amputação), e houve a presença de um funcionário do INSS que veio, convidado por um dos alunos da Psicologia, e tirou algumas dúvidas desses pacientes.

Ainda nesse contexto do afastamento, há um dado que chama bastante atenção, o do paciente que estava há 08 (oito) anos afastado do trabalho. Porém esse longo período não diz respeito diretamente às questões tratadas acima, mas, se justifica, pela complexidade do histórico da doença. O mesmo adquiriu a síndrome do túnel do carpo após um acidente de moto, com politrauma, incluso Trauma Crânio Encefálico (TCE), passando por período de coma e longo período de internação. Esse paciente tinha um grande entrosamento com as pessoas do grupo e, apesar de ter algumas alterações de comportamento devido ao TCE, após conhecerem sua história, o grupo o acolheu. Não são raros casos como esse, de lesões complexas ou envolvendo outros traumas, que aparecem em ambulatórios como o da ISCMS e permanecem por longo tempo de tratamento.

“O indivíduo com uma lesão traumática grave (...) deve ser abordado como grande incapacitado. Nestes casos, (...) o acompanhamento do paciente (...) se dá por muitos anos pela equipe de reabilitação (...). Nos casos mais graves, de lesões complexas, há limites próprios das perdas teciduais, das diferenças individuais, dos limites dos tratamentos, o que requer uma orientação e adaptação do paciente à nova condição de vida (...).” (FERRIGNO, 2007, p. 27-28)

Então, com relação às atividades de rotina, também se tem que a maioria tentava

se adaptar, realizando com certa dificuldade ou mais devagar: 2 (dois) conseguem realizar sem dificuldades, 5 (cinco) conseguem realizar, com alguma dificuldade, de forma adaptada ou mais devagar; e 3 (três) não conseguem realizar de modo algum as atividades, desses últimos: o primeiro está há oito anos, o segundo há onze meses e o terceiro está há seis meses sem realizar suas atividades de rotina.

Esses dados não estão, pelo menos no caso desta pesquisa, relacionados mais a um grupo ou a outro, estão bem equilibrados, o que nos remete ao grande alcance de incapacidade funcional das lesões ou doenças da mão. Segundo Souza et al. (2008), traumas de mão têm implicações diversas quando comparados a outras regiões do corpo, porque frequentemente levam ao afastamento do trabalho. Qualquer lesão na mão, por mais leve que seja, ocasiona grande incapacidade funcional que pode limitar, de maneira temporária ou permanente, o indivíduo nas atividades básicas do dia a dia, prejudicando de forma importante sua qualidade de vida.

A média do tempo de lesão ou doença dos participantes era de 2 (dois) anos e 10 (dez) meses, sendo o menor tempo seis meses e o maior tempo 10 (dez) anos, nesse caso também esse longo tempo se refere ao mesmo participante citado acima que, devido à complexidade do histórico e ao tempo de doença, frequentava o serviço para manutenção dos ganhos obtidos até o momento e para prevenção de agravos, não apresentando novos avanços nas questões clínicas da STC, mas de adaptação.

A média de tempo de frequência dos participantes no Serviço de Terapia Ocupacional, em tratamento na terapia da mão, é de sete meses, sendo o menor tempo dois meses e o maior tempo um ano e seis meses, até o julho de 2014. Ou seja, um longo período de trocas e experiências entre os profissionais, alunos e pacientes.

“A mão produz o gesto, é linguagem universal, é a palavra do surdo, é o olhar do cego. Porém, só percebemos e nos conscientizamos do valor imponderável das mãos quando nos deparamos com a incapacidade de usá-la. Uma lesão traumática, enfermidade ou deformidade significa a interrupção de projetos de vida, dificuldades em conquistar espaços e desencadeia sérios problemas emocionais”. (FERRIGNO, 2007, p.20-21)

Para melhor compreender essa complexidade e o trabalho desenvolvido nos grupos, é que haverá o início da análise qualitativa desta pesquisa, para adentrar aos resultados subjetivos e às complexidades dos sintomas, das dificuldades na rotina e das dinâmicas vivenciadas nos grupos interdisciplinares, junto a esses pacientes.

V.2 ANÁLISE QUALITATIVA

A partir da análise dos dados das entrevistas, dos documentos de evoluções dos grupos e dos diários de campo dos alunos, as categorias e as unidades temáticas foram construídas, considerando o conteúdo das perguntas e as respostas dos entrevistados, assim como os dados dos documentos supracitados.

No **Quadro 3**, as categorias e unidades temáticas são apresentadas, sendo estas: *Tratamento de Terapia Ocupacional*, *Atendimento em Grupo*, *Acolhimento* e *Repercussões no Cotidiano*.

As unidades temáticas encontradas para o *Tratamento de Terapia Ocupacional* foram: melhora dos sintomas, orientações e aspectos emocionais.

Para a categoria *Atendimento em Grupo*, as unidades temáticas foram: interação com os pacientes, atividades, novas habilidades, enfrentamento.

Na categoria *Acolhimento*, foram encontradas como unidades temáticas: conversas, desabafos, ajuda mútua. E para a categoria *Repercussões no cotidiano*, as unidades são: adaptações no modo de vida, atividades básicas de vida diária e relações sociais.

Quadro 3: **Categorias e unidades temáticas**

CATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
<i>Tratamento de Terapia Ocupacional</i>	Melhora dos sintomas
	Orientações
	Aspectos emocionais
<i>Atendimento em Grupo</i>	Interação com os pacientes
	Atividades
	Novas habilidades
	Enfrentamento
<i>Acolhimento</i>	Conversas
	Desabafos
	Ajuda mútua
<i>Repercussões no Cotidiano</i>	Adaptações no modo de vida
	Atividades Básicas de Vida Diária
	Relações sociais

V.2.1 Tratamento de Terapia Ocupacional

Quanto ao tratamento de Terapia Ocupacional, procurou-se conhecer como o tratamento influenciava em relação aos sintomas e se esses prejudicavam a realização das atividades cotidianas dessas pessoas. Conseqüentemente, se o tratamento de Terapia Ocupacional realizado nos grupos poderia modificar esse cotidiano.

“(...) o que eu sinto eu não quero para ninguém (...)” _ “há dois anos ela sente dor”. _ “Muito ruim tentar fazer as coisas e não conseguir”. _ (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

“As atividades que os participantes relatavam mais dificuldades foram “abrir torneiras, pegar moedas, tomar banho, colocar meias, utilizar talheres, escrever, barbear e de peso em atividades laborais”. (Evolução – Grupo de Amputados)

Na rotina dos grupos, era evidente a expectativa dos participantes quanto à *melhora dos sintomas*, bem como as dificuldades que esses lhes proporcionavam. A invisibilidade da dor presente nos casos de síndrome do túnel do carpo, por exemplo, gerava uma ansiedade e sofrimento por incompreensão de familiares e colegas de trabalho.

“(...) diz que tá com pressa para ficar bom logo.” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputados)

As pessoas com dor apresentam histórias de peregrinação e desamparo, enquanto aguardam um diagnóstico correto, histórias pessoais e familiares relacionadas à invisibilidade da dor e às dificuldades em perceber e redistribuir as atividades cotidianas muitas vezes causadoras (NUNES, 2007).

“Nesse momento, iniciamos a conversa sobre o que os amigos, familiares e colegas de trabalho acham da STC. Muitas falaram que a família e amigos entendem e respeitam, outras disseram que muitos zombam (...), e falam que é “corpo mole”, “frescura”, explicamos como a STC é considerada e classificada.” (Evolução – Grupo STC)

“_ “A mulher fica com dó de mim” _ “A minha mãe tira sarro de mim” _ “Minha mulher tem um pouco de nojo do dedo, o filho também (e isso mexe no psicológico).” _ (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputados)

“_ “A gente tem que se limitar, mas a família não entende (...) Amigos também se afastam, não dá para sair (...)” _ “não entende a dificuldade” _ “família” _ “filho ajuda muito” _ “Fazer que o outro entenda que são limitados é muito complicado!” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

Com intervenções voltadas para a reabilitação e dinâmicas grupais junto aos estagiários de Psicologia, os participantes observaram a redução dos sintomas como dor e

alterações da sensibilidade, ao mesmo tempo em que se trabalhavam, com discussões e dinâmicas, as causas desses e estratégias para realizar as atividades do cotidiano.

“Me sinto melhor, a mão melhorou, dá pra fazer melhor as coisas, pegar quando cai (...).” (M.M.C. – Grupo STC)

“Diminuição da dor, a dormência continua e não dói se não fizer esforço (...).” (N.C.R. - Grupo STC)

“(...) paciente apresentou dificuldades para realização de alguns movimentos de pinça, porém melhora da fraqueza muscular.” (Evolução – Grupo de Amputados)

“(...) paciente (...) apresentou ganhos de ADM (...) apresentou melhoras na atividade de treino funcional (movimentos de pinça) (...)” (Evolução – Grupo de Amputados)

No caso dos integrantes com alguma amputação de membro superior, a visibilidade, muitas vezes, reforçava a sensação de incapacidade que aliada aos sintomas como a dor e o “choque”, realmente, dificultava o retorno às atividades de rotina.

“A prática grupal é uma realidade que, dentro da especificidade da terapia ocupacional na intervenção para o controle da dor neuromusculoesquelética, vem encontrando sucesso no controle da dor, atingindo melhora nas atividades e participação daqueles que são atendidos (...)” (NUNES 2007 267p.)

As intervenções para controle da dor e alterações de sensibilidades, em ambos os casos, e as discussões voltadas para a educação em saúde possibilitaram a redução desses sintomas e um melhor desempenho nas atividades de rotina, como pegar objetos e realizar atividades que exigem maior esforço muscular.

Para Alves (2005), a essência da experiência humana é a sensibilidade, pois permite o organismo de se reconhecer e adquirir conhecimentos das modificações do meio ambiente e de suas atividades. Pacientes com distúrbios da sensibilidade costumam se queixar de dormência, formigamento e dor. A autora também coloca que a hipersensibilidade pode estar presente em lesões por amputação, neuromas, cicatrizes, levando à disfunção da condução sensitiva que se traduz em dor e desconforto, assim como diminuição da funcionalidade.

Ferrigno (2007) complementa que a presença das sensações somáticas é condição importante para o uso da mão. E, para o alcance da completa funcionalidade e autonomia do paciente, o terapeuta deve avaliar o limiar de sensibilidade e aplicar técnicas de reeducação sensorial.

“(...) melhorou o choque, a dor (...).” (J.C.B. - Grupo Amputação)

“Parou a dormência, diminuiu a dor (...).” (N.B.M - Grupo STC)

“(...) a sensibilidade melhorou, não derrubo mais as coisas (...).” (M.V.S. - Grupo Amputação)

“(...) melhorou o local da dor que era muito maior.” (C.O.D. - Grupo Amputação)

“Seguiu-se com massagem retrógrada e durante esta atividade os participantes relataram melhoras com a reabilitação, e situações cotidianas que estão voltando a realizar aos poucos.” (Evolução – Grupo de Amputados)

A dessensibilização é realizada na presença de neuromas, cicatrizes muito dolorosas ou com baixo limiar de sensibilidade e as técnicas envolvem: massagem local e reorganização cortical (estímulos sensoriais variados com discriminação visual). No procedimento de reeducação sensorial, o que ocorre é a não identificação correta dos estímulos, portanto os objetivos são reeducar a pressão com toques constantes e móveis e possibilitar adequada localização do estímulo (FERRIGNO, 2007).

“Muitas melhorias na sensibilidade dos dedos, não podia encostar nas coisas (...).” (E.P.S. - Grupo Amputação)

“(...) já consegue realizar a atividade de dessensibilização com toda a mão dentro do pote com algodão, e é orientado a troca de recurso, pegando o isopor (...).” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputação)

“(...) relatou que sua sensibilidade está diminuindo através da dessensibilização” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputação)

Pequenas modificações, no uso de recursos simples como as texturas diferentes, traziam o alívio de algo que muitas vezes não é visível, porém muito incapacitante como as alterações sensoriais, a melhora na sensação de “choque”, por exemplo, como foi relatado anteriormente, permite novamente aquele seguimento corporal de se relacionar com o meio e a pessoa de voltar a fazer.

Não só de reeducação sensorial necessita o paciente amputado ou com STC, há outras maneiras de fazer as coisas sem sentir desconforto? Fazer alongamentos e cuidar de outros seguimentos corporais também trazem alívio dos sintomas? A cada encontro, um tema era abordado para discussão: temas apresentados para escolha, temas emergentes das dinâmicas grupais. Essas situações fomentavam a discussão em grupo e possibilitavam um momento para as mais diversas *orientações* sobre os cuidados à saúde.

“(...) iniciamos uma conversa sobre a STC, tirando algumas dúvidas que nos foram apresentadas e explicamos a causa dos sintomas apresentados. (...) explicando (...) sobre e como realizar os exercícios.” (Evolução – Grupo STC)

“(...) Realizou-se também um mapeamento e levantamento das questões a serem abordados nos próximos encontros, com relação à amputação e trabalho. Os temas levantados até o momento foram: dessensibilização e possíveis órteses e próteses.” (Evolução – Grupo de Amputados)

“Foi realizada uma conversa sobre as escolhas e surgiram temas, como: família, dinheiro, amizade, paciência, juventude, ascensão, ansiedade, perfeição.” (Evolução – Grupo de Amputados)

Portanto as discussões eram o ponto de partida para as orientações acerca da lesão, da doença, dos sintomas e das estratégias para lidar e realizar as atividades cotidianas. Também dentro dessas orientações estavam os exercícios e atividades que poderiam ser realizadas em casa. Semanalmente eram inseridos exercícios ou alguma estratégia e, por meio da educação em saúde, eram realizadas muitas trocas de informação e de aprendizado com relação à continuidade do tratamento em casa e ao longo da vida, nos casos de cronicidade.

“Foi apresentado aos participantes através de recurso com EVA e com uma linguagem clara, o que é síndrome do túnel do carpo, esclarecendo as dúvidas.” (Evolução – Grupo STC)

“Foi orientado (...) que não utilizasse força durante a atividade. Foram realizadas orientações sobre a importância do uso funcional da mão nas AVDS. (...) foi orientado a importância do uso do dedo amputado durante os movimentos de pinça.” (Evolução – Grupo de Amputados)

“(...) segue as orientações em casa e assim fica mais feliz.” (M.M.C. - Grupo STC)

“(...) comecei a ver o que era certo e errado, o que fazer quando sentia dor, quais exercícios fazer.” (N.B.M. - Grupo STC)

“(...) por aprender muita coisa. Ao fazer as orientações consigo fazer mais coisas em casa.” (D.T.P. - Grupo STC)

Também era evidente, a cada encontro, o processo de aprendizagem dos integrantes que já sabiam as sequências do alongamento, por exemplo, e os benefícios de algumas técnicas de reabilitação, ensinando aos novos integrantes.

“(...)Durante a atividade as pacientes relataram os benefícios do alongamento principalmente a paciente (...) que sabia a sequência e fazia para as outras demonstrando conhecimento.” (Evolução – Grupo de STC)

“(...), a participante veterana, pode relatar os benefícios trazidos pelo grupo de STC, e assim transmitiu seu conhecimento adquirido para as novas participantes.” (Evolução – Grupo de STC)

“(...) Participou da atividade de massagem relatando a importância da técnica.” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputados)

Muitos que chegaram ao serviço depressivos, desanimados, ansiosos com relação a toda essa problemática do adoecimento e frente a várias perdas e cobranças, foi possível perceber um limite de sofrimento, cansados da incompreensão que enfrentavam no seu dia a dia.

“(...) Está mais comunicativa; relata que toma muitos remédios e que fica chorosa por conta do quadro (...) deseja tomar todos os remédios para ver se tudo acaba e melhora (...)” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

”_ “Eu sou assim mesmo, vou morrer e não vou mudar”._ “peço em último caso!”_ “Disparou a chorar.” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

Os participantes também trouxeram em suas falas indicativos de benefícios emocionais que surgiram a partir das intervenções, o que remete a outra unidade temática, *aspectos emocionais*.

“(...) Maior ânimo para fazer as coisas. (...) Deu um novo ânimo. (...) Os integrantes do grupo dão incentivo, não deixa desanimar. (...) A psicologia é importante (...) e muitos choram devido à condição.” (N.C.R. - Grupo STC)

“(...) Melhorou a autoestima, ver que tem outras pessoas com o mesmo problema. (...) Antes do grupo me sentia solitária. O grupo trouxe motivação a mais.” (N.B.M. - Grupo STC)

“(...) Melhorou o emocional, o desânimo, quando está desanimado, ao chegar no grupo e conversar, o desânimo vai embora. Estou melhorando e enfrentando aos poucos. (...) nos aspectos psicológicos, fiquei três meses sem querer sair de casa, ver o exemplo dos outros motiva. Hoje saio mais de casa. (...) um incentiva o outro de acordo com as atividades que são propostas.” (L.F.C. - Grupo Amputação)

“(...) A alegria dos participantes, incentivo, exemplo das situações piores (...), abriu demais a mente. (...) Comecei academia, os vídeos me motivaram.” (C.O.D. - Grupo Amputação)

Os principais benefícios citados pelos participantes dos grupos foram em relação ao ânimo, ao incentivo, à disposição e à autoestima, corroborando Nunes (2007) quando diz que a escolha de intervir em grupos depende de conhecimento e compreensão dessa modalidade de intervenção, que se justifica pelos resultados mais efetivos encontrados com grupos do que com atendimentos individuais.

“(...) Durante o treino funcional (...) relatou que o grupo o faz se sentir mais animado e que agora se acha outra pessoa e não fica mais depressivo” (Evolução – Grupo de Amputados)

Em casos em que o participante demonstrava que a depressão ou a ansiedade estavam trazendo grande sofrimento, era discutido junto ao Serviço de Psicologia e com a docente responsável pelo estágio de Psicologia e, assim, se o paciente não realizava

acompanhamento terapêutico individual em outro serviço, o mesmo era atendido em outro horário, e individualmente, por um dos estagiários de Psicologia que acompanhava o grupo, sob supervisão da psicóloga do Serviço de Psicologia da ISCMS.

V.2.2 Atendimento em Grupo

Procurou-se conhecer como se dá o atendimento em grupo, a dinâmica grupal nas relações interpessoais e nas possibilidades que as atividades propostas poderiam trazer aos participantes. O que poderia emergir do processo grupal e que teria relação na participação mais ativa de cada um, em seu cuidado à saúde, na criação de redes de suporte e trocas de experiências?

A interação entre os pacientes aparece claramente nas falas dos participantes, quando enfocam que se sentem dispostos a aprender com a experiência do outro e também de poder no grupo dividir suas dificuldades e necessidades.

“(...) dividir, ver que tem problemas piores que o seu (...)” (D.S.M. - Grupo STC)

“(...) É bom vir pra cá pra conviver com as outras pessoas.” (M.M.C. - Grupo STC)

“Contaram um pouco da situação de cada uma, dificuldades, dores, trabalho, entre outros.” (Evolução – Grupo STC)

“(...) os participantes resgataram e trocaram os saberes aprendidos. (Evolução – Grupo de Amputados)”

Segundo Rafacho et al. (2007), é no desenvolvimento dos grupos terapêuticos que se consegue compreender o processo causador da lesão, reflexão sobre a organização do trabalho, elaboração do significado da incapacidade transitória ou permanente, conscientização dos limites corporais e suporte emocional. Vindo ao encontro da realidade dos grupos estudados.

“Em síntese, o grupo apresentou bom entrosamento e ocorreram trocas de experiências significativas.” (Evolução – Grupo STC)

“(...) sem o grupo ficaria perdido no cuidado (...)” (J.C.B. - Grupo Amputação)

“São as pessoas certas na hora certa, como se fosse predestinado. Uma amizade inesperada.” (C.O.D. - Grupo Amputação)

A intervenção em grupo gera benefícios para os participantes, já que adotam novos hábitos de autocuidado, adquirem maior grau de autonomia, mudanças de atitudes,

aumento da autoestima com conseqüente melhora da relação familiar e do convívio social, através do vínculo e das trocas de experiências que são compartilhadas no grupo (RAFACHO et al., 2007).

“A gente fala da dor, do problema e recebe explicação do que acontece. Trocando informações de como sente, como dói, descobre que não é só a gente que sente aquela dor. Antes do grupo me sentia solitária. O grupo trouxe motivação a mais.” (N.B.M. - Grupo STC)

“(...) neste momento, houve troca de vivências em relação aos sintomas (...). Durante a dessensibilização as participantes conversaram sobre as atividades que faziam no serviço e que levaram ao adoecimento.” (Evolução – Grupo STC)

Ainda, segundo Rafacho et al. (2007), as intervenções grupais permitem um tratamento das questões trazidas pelos sujeitos, que muitas vezes no âmbito individual, são enfocadas com uma menor eficácia. O trabalho em grupo cria, no ambiente ambulatorial, um espaço de desenvolvimento de redes sociais e de apoio e valoriza os aspectos relacionais, emocionais e corporais.

“Tenta "direcionar a mente positivamente", pois senão "o corpo sofre". (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

Devido ao sofrimento e às limitações enfrentadas por essas pessoas, muitas vezes, elas não conhecem mais a própria capacidade de movimentar-se no espaço, no entanto, através das atividades lúdicas e de relaxamento, elas passam a se sentir melhor e conseguem pensar em si como alguém com potencialidades (NUNES, 2007).

“_ "Não dá para fazer, meu braço sumiu" !_” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

“_ “(...)sinto falta do meu dedo”,_ “sinto falta de fechar minha mão.” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputados)

“_ "Estou me acostumando assim, estou me aceitando" _ "Saber o quão importante é isso.” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

As atividades sempre foram fundamentais para os participantes e tiveram um papel determinante no envolvimento e integração do grupo, bem como no progresso do tratamento.

“Me sinto acolhido porque dão atenção, carinho, tem muitas atividades novas. Os colegas dão exemplos de força e motivação, ao ver como eles se machucaram.” (E.P.S. - Grupo Amputação)

“Quando estamos no grupo e as atividades são passadas pelas estagiárias uma ajuda à outra.” (M.M.C. - Grupo STC)

Segundo Nunes (2007), com o grupo já integrado, é possível inserir os princípios biomecânicos, cinesioterápicos e atividades de dessensibilização. A reeducação do uso do corpo no cotidiano pode ser planejada com as atividades trazidas como demandas do próprio grupo, a vivência nas atividades possibilita, ao mesmo tempo, ativar os movimentos em amplitude, resistência ou força, assim como vivenciar atividades do cotidiano.

“A função manual está diretamente relacionada com a motivação e as necessidades do paciente no seu cotidiano. (...) A atividade terapêutica deve ter um significado para o paciente, que precisa estar motivado (...). O uso do membro como auxiliar ou apoio possibilita a sua integração corporal e diminui o sentimento de impotência e inutilidade que geralmente acompanha a incapacidade funcional.” (FERRIGNO, 2007, p.145)

As atividades seguiam um protocolo próprio do ambulatório para reabilitação, que inclui: massagem relaxante, massagem retrograda, mobilização ativa-assistida, reeducação sensorial, dessensibilização, cinesioatividade, treino funcional, entre outras, de acordo com as necessidades de cada grupo.

“(...) foram realizados os exercícios de dessensibilização e massagem retrógrada e relaxante e de percepção da “nova” mão. O grupo seguiu com cinesioatividades e treino funcional.” (Evolução – Grupo de Amputados)

“Ao praticar os exercícios e sentir alguma coisa diferente, explica o que sente e é ouvido, recebe explicações (...).” (E. P. S. - Grupo Amputação)

Os integrantes eram estimulados a realizar de forma independente e muitas vezes realizavam entre os participantes, como por exemplo, um realizar a massagem relaxante no outro. Tudo sempre dialogado e proposto em comum acordo entre todos os participantes (pacientes, terapeutas e alunos).

A interação com os estagiários de Psicologia e as propostas trazidas pelos mesmos eram discutidas anteriormente, para que as atividades das duas áreas de conhecimento (Terapia Ocupacional e Psicologia) pudessem se integrar. Eram realizadas de diversas formas, até que se encontrasse a melhor maneira de integrar as ações.

“A psicologia é muito importante, sempre com atividades novas, promove a união do grupo e a melhora da terapia como um todo.” (N.C.R. - Grupo STC)

“Durante a atividade de dessensibilização foi realizada a dinâmica dos espelhos, na qual os participantes observavam a mão refletida nos espelhos. Nessa dinâmica surgiram aspectos emocionais envolvidos em relação à negação referente à amputação.” (Evolução – Grupo de Amputados)

Em um dos encontros, a discussão ficou em torno dos papéis ocupacionais e permitiu ao grupo trabalhar a questão da unidade temática, *novas habilidades*, conforme a fala de um dos participantes.

“Durante o treino funcional foi realizada dinâmica sobre (...) Papéis Ocupacionais, discutindo habilidades, dificuldades e possibilidades.” (Evolução – Grupo de Amputados)

“(...) possibilidade de prestar um concurso para polícia civil depois da atividade dos papéis ocupacionais, abriu demais a mente.” (C.O.D. - Grupo Amputação)

Cordeiro (2005) coloca que o desempenho de funções ocupacionais é um componente vital para a adaptação biopsicossocial do indivíduo, conforme suas limitações e potencialidades e deve ser seriamente considerado pelos profissionais envolvidos em processos de reabilitação.

“(...) tô sendo mais mulher do que homem em casa”. (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputação)

Os indivíduos que sofrem de traumatismos ou doenças crônicas correm riscos de sofrerem interrupção ou alterações no desempenho de seus papéis ocupacionais, devido às alterações nas estruturas corporais e, têm de lidar não somente com a mudança em sua capacidade funcional, como também com a perda de um ou mais papéis que se constituem em importantes componentes de sua autoimagem (CORDEIRO, 2005).

No grupo, os encontros e as atividades sempre foram permeados de muito diálogo e cumplicidade entre os participantes. As atividades propostas vinham ao encontro dessas demandas do grupo, uma vez que eram decididas em comum acordo entre todos os participantes e coordenadores, dessa forma as estratégias de adaptação e *enfrentamento*, outra unidade temática, também foram aparecendo como resultado desse trabalho.

“(...) Melhorou o emocional, o desânimo, quando está desanimado, ao chegar no grupo e conversar, o desânimo vai embora. Estou melhorando e enfrentando aos poucos.” (L.F.C. - Grupo Amputação)

“(...) se mostrou surpreso ao se deparar com o espelho e relatou ver uma pessoa calma, tímida, humilde e legal, e daria como conselho para ele mesmo continuar enfrentando as situações do jeito que está (...)” (Evolução – Grupo de Amputados)

As mudanças nas estratégias de enfrentamento das situações cotidianas, cada pequeno movimento para mudança de hábito e cada registro de sucesso funcionaram como estímulo à próxima tentativa, e no coletivo do grupo, isso se fortalece (NUNES, 2007).

Como é possível perceber, as categorias e unidades temáticas acabam aparecendo e muitas vezes se fundindo, nas falas dos participantes. O atendimento em grupo, as atividades, as melhoras nos sintomas, as conversas e as trocas interpessoais estavam refletindo na independência e autonomia para realizar as atividades de rotina, assim como também estavam influenciando nos aspectos emocionais.

V.2.3 Acolhimento

Para Filho et al. (2009), garantir a universalidade com escuta qualificada é ao que se destina o acolhimento, assim como na responsabilização e na perspectiva de vínculo com os usuários, como orientação do processo de trabalho. Essa categoria, o *acolhimento*, permeia todo o ambiente e as relações onde os grupos aconteciam.

Escutar um paciente e orientá-lo quanto às doenças autolimitadas pode ter um caráter terapêutico, a inclusão e o envolvimento do outro no processo, principalmente dos profissionais de saúde para a roda de conversa, com finalidade de escuta, podem ajudar na construção da autonomia do paciente (FILHO et al., 2009).

O atendimento em grupo proporciona um acolhimento da demanda com eficácia e satisfação dos participantes que apresentam comprometimentos físicos e emocionais, uma vez que promove melhores condições destes compreenderem e conviverem com sua situação atual, identificar estratégias possíveis e a percepção dos próprios limites, no sentido de melhorar a condição de saúde e proporcionar o bem-estar e o processo de reabilitação (RAFACHO et al., 2007).

Muitos participantes atribuíram que se sentiam acolhidos através das *conversas*, outra unidade temática selecionada, e que estas permitiam a troca de experiências, conhecer novas pessoas, conforto ao dividir o seu problema com alguém que também conhece a mesma dor.

“Me sinto acolhido através das conversas.” (N.C.R. - Grupo STC)

“(...) conhecer colegas, conversar, isso influencia na melhora.” (N.B.M. - Grupo STC)

“(...) A troca dos assuntos com as pessoas que têm o mesmo problema que o seu conforta. Amizade. Ver pessoas que têm problemas piores. Vou pedir ao médico para continuar (...).” (D.T.P. - Grupo STC)

“Ao comentar como foi, como não foi, o desabafo do que aconteceu, e os dados do acidente de cada um.” (J.C.B. - Grupo Amputação)

“É uma acolhida familiar, por não ter ninguém, faz um ciclo de amizade familiar e a gente se apega.” (D.T.P. - Grupo STC)

Esses episódios de conversa vêm ao encontro da outra unidade temática, pois permitiram momentos de *desabafo*, já que muitos se colocavam no grupo como incompreendidos por familiares, colegas e no ambiente de trabalho, onde suas queixas ou limitações não eram valorizadas. Ter um espaço onde esse *desabafo* é acolhido foi colocado pelos participantes como uma oportunidade e um espaço importante.

“São carinhosos, dão atenção e são bons ouvintes.” (N.B.M. - Grupo STC)

“_ “Senti falta de estar bem (...) Pensamentos de incapacidade trazem um sofrimento- tem que lutar contra isso”_” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de STC)

“É uma chance, oportunidade de desabafar coisas que ninguém ouve. Pouca gente te dá audiência quando se reclama de dor. Estão abertos para ouvir.(...)” (D.T.P. - Grupo STC)

Além das conversas, desabafos e atividades, os participantes também destacaram, como algo importante, a *ajuda mútua* entre os participantes dentro do grupo. Na chegada de um novo participante ou durante uma nova atividade, um ajudava o outro a realizar os exercícios e atividades, em cumplicidade com o colega que por hora não estava conseguindo. Assim como em momentos em que um participante não estava muito bem ou o outro preocupado com algum problema, o grupo acolhia e tentava ajudar no que fosse possível.

“O grupo foi iniciado com alongamento e apresentação de novas integrantes.(...) Posteriormente iniciou-se a dessensibilização onde as integrantes novas se identificaram com as outras relatando os mesmos sintomas, problemas, dúvidas e angústias.” (Evolução – Grupo de STC)

“(...)as participantes apresentaram muitas dúvidas e fizeram trocas de vivência com as novas integrantes.” (Evolução – Grupo STC)

“É um grupo bem legal, tem um bom papo, brinca, ajuda uma à outra nos exercícios, ajuda mútua.” (D.S.M. - Grupo STC)

“Me sinto acolhida porque estamos no grupo e uma ajuda à outra. Acho isso importante, muito bom.”(M.M.C- Grupo STC)

Como pode ser observado nas falas dos participantes, todo esse contexto grupal refletiu na maneira de realizar as atividades de rotina, então quais as *repercussões no cotidiano* dessas pessoas? Estava havendo *adaptações no modo de vida*? Nas *Atividades*

“básicas” de vida diária e nas suas relações interpessoais? Parte-se, então, para a última categoria e suas unidades temáticas.

V.2.4 Repercussões no Cotidiano

Para que as pessoas consigam dar conta das *adaptações no modo de vida*, faz-se necessário refletir sobre o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias diversas em seu cotidiano, assim um processo de interação entre indivíduo e ambiente é denominado de *coping*¹.

Segundo Nunes (2007), o *coping* é uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais que surgem dessa interação no intuito de administrar, reduzir ou tolerar as demandas internas e externas.

“(…) ver que tem outras formas de se adaptar, o modo de fazer as coisas, preservar mais e pensar em como não piorar.” (D.S.M. - Grupo STC)

Segundo Nunes (2007), na intervenção da Terapia Ocupacional, as estratégias de *coping* são vivenciadas, analisadas, questionadas e reconstruídas a partir da mudança de hábitos e construção de novas habilidades.

O *coping* focalizado no problema é um esforço para agir e tentar mudar sua origem. Ele inclui estratégias, como a negociação, para resolver um conflito interpessoal ou solicitar a ajuda prática de outras pessoas, quando ele é dirigido para uma fonte externa de estresse. Essa estratégia tem a função de alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente causador da tensão (DELL’AGLIO, 2000).

Muitas estratégias de adaptação no modo de fazer as coisas foram discutidas nos encontros dos grupos, assim como junto aos participantes e de acordo com as necessidades foram confeccionadas adaptações práticas para as atividades do cotidiano, como engrossadores de talheres, adaptação para lâminas de barbear, tábua de cortar alimentos, entre outras. Foram também realizadas atividades práticas, como, por exemplo, torcer o pano na torneira. Assim como realização de atividades de papéis ocupacionais.

¹ Cop verb/kaup/(present participle coping): dar conta, aguentar. In: <http://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles-portugues/cope?q=coping>.

“Toalha antiderrapante para abrir as coisas / tanto torneira, quanto outras coisas. - Adaptações como foco - para não sentir "mais" dor(...)” (Diário de Campo – Estagiário Grupo STC)

“Foram dispensadas adaptações para os participantes (...) sendo que as demais serão confeccionadas e entregues no próximo grupo. (...)meia, esponja de banho,(...) talher, torneira (...).” (Evolução – Grupo de Amputados)

“Trouxemos adaptações para serem testadas e conseguimos levantar outras demandas através delas. (...) A atividade teve boa adesão dos participantes que (...) demonstraram interesse em utilizar as adaptações no dia a dia.” (Evolução – Grupo de Amputados)

“(...) foi retomada a atividade (...) por meio do qual foi promovido o autoconhecimento, a adaptação de atividades que as participantes gostam de fazer e não fazem (...)” (Evolução - Grupo de STC)

“Foi realizada orientações das AVD’S, durante esta os pacientes foram orientados quanto adequação postural, técnicas de conservação de energia e adaptações possíveis para o dia a dia.” (Evolução – Grupo STC)

A preocupação com o cotidiano surge, com efeito, no contexto do treinamento funcional, do condicionamento do corpo biológico, tendo como princípio a independência. Nas primeiras intervenções, as *Atividades Básicas de Vida Diária* foram caracterizadas apenas como aquelas destinadas aos cuidados pessoais (alimentação e higiene pessoal). Com o passar do tempo e o desenvolvimento do trabalho da Terapia Ocupacional em programas de reabilitação, foram incorporadas outras atividades, como a locomoção, comunicação, destrezas manuais entre outras (FRANCISCO, 2001).

Durante as atividades e dinâmicas propostas nos grupos, fossem elas de técnicas de reabilitação, como a reeducação sensorial, ou atividades para trabalhar os aspectos emocionais, as demandas relacionadas às atividades do cotidiano sempre emergiam, durante os diálogos e as conversas.

“Foi possível perceber que houve maior interação entre os participantes, que relataram como ocorreu o trauma, compartilharam dificuldades e facilidades do cotidiano.” (Evolução – Grupo de Amputados)

Para Ferrigno (2007), é na execução de todas as atividades de vida diária que se encontra o verdadeiro sentido da reabilitação funcional. Portanto, as atividades eram pensadas e elaboradas pelos coordenadores dos grupos, no intuito de auxiliar e estimular a independência dos participantes nessas atividades.

“As atividades que os participantes relataram mais dificuldades foi “abrir torneiras, pegar moedas, tomar banho, colocar meias, utilizar talheres, escrever, barbear e de peso em atividades laborais”. (Evolução – Grupo de Amputados)

“Começamos perguntando em quais atividades elas sentiam maior sobrecarga no túnel do carpo, identificando esta demanda ensinamos estratégias de como realizar tais AVDs de forma que sobrecarregue menos esta estrutura.” (Evolução – Grupo de STC)

“(...) Pegar as coisas, pegar na toalha de banho, a sensibilidade melhorou, não derrubo mais as coisas. Difícil na hora de lavar a louça, quando bate na esponja e o movimento dos dedos.” (M.V.S. - Grupo Amputação)

“No treino funcional relatou dificuldade em segurar o copo e abotoar a roupa (...) teve dificuldade de pegar o canudo sobre a mesa. (...) demonstrou maior facilidade no treino funcional com pregador.” (Evolução – Grupo de Amputados)

No decorrer dos encontros, alguns sintomas, como choque e a dor, eram minimizados, através das atividades propostas e orientações acerca das atividades do cotidiano. Apesar de ainda não conseguirem realizar todas as atividades, é evidente através das falas dos entrevistados as mudanças e a motivação para realizar as mesmas e, como aos poucos isso estava se refletindo na independência e autonomia nas atividades básicas de vida diária.

“(...) Ainda não consigo fazer todas as coisas do dia a dia, mas acho excelente.” (D.T.P. - Grupo STC)

“(...) relatou que não conseguiu trocar o botijão de gás, não conseguiu desrosquear (...)” (Diário de Campo – Estagiário Grupo de Amputação)

“No treino funcional (...) relatou dificuldade em segurar o copo e abotoar a roupa (...) teve dificuldade de pegar o canudo sobre a mesa. (...) demonstrou maior facilidade no treino funcional com pregador.” (Evolução - Grupo de Amputação)

“(...) Consigo andar de bicicleta, dobrar roupa, lavar louça, mas ainda deixo o copo cair.” (E.P.S. - Grupo Amputação)

“Não conseguia manusear garfo, faca, panela, agora parei de quebrar as coisas. Ainda não tenho força, mas estou voltando a dirigir, consegui dirigir uma carreta. (...)” (L.F.C. - Grupo Amputação)

O Ministério da Saúde (2006), define autonomia como a liberdade de agir e tomar decisões, nos momentos de conversa e desabafo, foram favorecidos o desenvolvimento da autonomia e responsabilização pelo próprio processo de cuidar e as mudanças se refletiram nos aspectos emocionais, trazendo essa motivação.

“(...) me sinto mais disposto a ir atrás do que precisa por causa do grupo, do incentivo e das conversas.” (L.F.C. - Grupo Amputação)

“De acordo com as explicações sobre a coluna, me preocupei e procurei ler sobre o assunto, sobre fumo, diabetes, os fatores de risco.” (D.S.M. - Grupo STC)

Uma das hipóteses desta pesquisa era de que, além dos benefícios na independência e autonomia, assim como os benefícios nos aspectos emocionais dos participantes, o atendimento em grupo terapêutico e de educação em saúde pudesse favorecer a criação de redes de suporte social, última unidade temática, *Relações Sociais*. Porém o que se encontrou nas respostas dos participantes foi que as relações interpessoais se fortaleceram e muito dentro do grupo, mas que não se expandiram para além deste.

“A amizade é só aqui nesse momento. O ponto positivo é aqui dentro. Todo mundo é amigo aqui dentro. Todo mundo junto pra fazer os exercícios.” (N.C.R. - Grupo STC)

“Só até a saída ou em frente à Santa Casa. O que dificulta é a distância.” (M.M.C. - Grupo STC)

“Ate a saída, conversamos fora do hospital e depois cada uma segue. O que dificulta é a falta de comunicação por causa da correria.”(D.T.P. - Grupo STC)

“Só se encontra aqui mesmo. Já ocorreu carona, um tenta ajudar o outro da forma que pode.”(J.C.B. - Grupo Amputação)

“Só até o ponto de ônibus. O que dificulta é a diferença de idade e cabeça (...).” (C.O.D. - Grupo Amputação)

Os participantes atribuíram o fato de não darem continuidade a uma relação social fora do grupo à distância das regiões de moradia, a diferenças de idade e à correria da rotina de cada um. Mas não há dúvidas de que, dentro do grupo, essa relação se fortalecia a cada encontro. Muitas confraternizações e comemorações aconteciam dentro do grupo, por iniciativa dos próprios participantes, caracterizando uma grande interação e relação interpessoal entre os pacientes, alunos e profissionais.

“(...) os pacientes ficaram muito contentes, pois o ex-aluno da psicologia veio participar conosco da festa.”(Evolução – Grupo de STC)

“(...) A atividade de treino funcional não foi realizada, devido à confraternização,(...)” (Evolução – Grupo de Amputação)

“(...) houve uma festa de comemoração de aniversário de uma das estagiárias.” (Evolução – Grupo de STC)

“(...) após a dessensibilização com grãos realizamos a confraternização com o café da manhã.” (Evolução – Grupo de STC)

“(...) No final do grupo, combinamos sobre a confraternização para o próximo encontro (...).”(Evolução – Grupo de STC)

As atividades, conversas, desabafo e orientações, assim como o fortalecimento nas relações sociais dentro do grupo, influenciaram de forma muito efetiva, uma mudança na rotina e na vida dessas pessoas, como foi possível observar pela fala dos participantes nos resultados apresentados. A melhora dos sintomas através das atividades trouxe maior independência nas atividades do cotidiano, bem como as vivências e trocas de experiências levaram a um aprendizado com relação ao processo de saúde-doença, repercutindo no cuidado à saúde, através das orientações.



(Imagens - Ambulatório de TO – ISCMS)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Quanta mudança alcança o nosso ser. Posso ser assim, daqui a pouco não.
 Posso ser assim daqui a pouco? Se agregar não é segregar. (...)
 Quanta mudança, daqui a pouco...(...). Dura-lhe a dor, quando aflora(...).
 Tempo de dar colo, tempo de decolar. (...)Reciclar a palavra, o telhado e o porão.
 Reinventar tantas outras notas musicais. Escrever um pretexto, um prefácio, um refrão(...)
 A porta aberta, o porto, a casa, o caos, o cais. (...)A poesia prevalece, a essência, a paz, a ciência.
 Não acomodar com o que incomoda. Vou, vou engarrafar essa dor(...).
 Bendizendo ela vira beleza. Gentileza gera gentileza.”
 (O Teatro Mágico)*

Ter vivenciado os grupos terapêuticos interdisciplinares do Serviço de Terapia da Mão do Ambulatório de Terapia Ocupacional (TO) da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), foi sempre muito gratificante e uma descoberta a cada dia, porém antes da leitura e intensa análise das quase 200 páginas de dados, não era possível ter a real noção do alcance deste trabalho. Se fosse possível reproduziria cada linha, cada fala, cada percepção desse rico material, cada olhar e cada sentimento, tão profundos. Mas foi possível apenas fazer um recorte, e assim incentivar mais espaços como este dentro das instituições de saúde, para os diversos profissionais e para as diversas populações.

A população com traumas e doenças da mão não necessita apenas da reabilitação fisiológica, clínica e biomecânica e, não é necessário negligenciar esse cuidado, é possível unir, ampliar, integrar e interdisciplinar. Ampliar o olhar para além dos aspectos clínicos, trabalhando a pessoa como ser integral, fazer trocas de saberes com outras profissões e integrar as ações, como foi o caso desta pesquisa junto à Psicologia.

Nos dados analisados, cheios de riqueza dentro do olhar e vivência de cada participante, fica claro o sofrimento pelo qual essas pessoas passam, desde sintomas como dor, alterações de sensibilidade, incapacidades funcionais, passando pelas perdas de papéis ocupacionais, desmotivação e problemas econômicos e sociais.

Os momentos de desabafo, as conversas, as orientações e as atividades proporcionaram alívio dessas condições, não uma cura, mas um enfrentamento, uma adaptação, motivação, suporte emocional, descoberta de novas habilidades, além do vínculo e a relação interpessoal.

Portanto, os objetivos desta pesquisa foram alcançados de forma satisfatória, pois foi possível compreender que as mudanças no cotidiano dos indivíduos participantes dos grupos se deram no desenvolvimento de maior autonomia e independência nas atividades

básicas de vida diária, devido à redução dos sintomas e através dos benefícios emocionais, como incentivo, autoestima e enfrentamento.

Os grupos também influenciaram na participação mais ativa de cada um, em seu cuidado à saúde e na sua vida cotidiana, por meio de uma maior compreensão do processo de saúde-doença, na aquisição de novos hábitos de cuidado e ao receber explicações e orientações.

Foi também possível entender a percepção dos participantes acerca do acolhimento e das trocas de experiências dentro do grupo, como um espaço para dividir e aprender com o outro, se sentiram acolhidos, através das conversas e dos momentos de desabafos. Com relação à criação de redes de suporte, as relações interpessoais se fortaleceram muito dentro do grupo, com ajuda mútua e muitas confraternizações por iniciativa dos próprios participantes, porém as redes de suporte não se expandiram para além do espaço grupal.

Fica, também, como resultado desta pesquisa, a sugestão para quem trabalha com essa população de traumas e doenças da mão, o quão rica e importante pode ser a dinâmica do atendimento grupal interdisciplinar no sentido de trabalhar com a integralidade do cuidado e de ampliar o olhar, em relação aos cuidados em saúde, a reabilitação e a saúde física.

“Ser da área da saúde significa ter imensa responsabilidade com pouca autoridade. Você entra na vida das pessoas e faz diferença. Alguns te abençoam, outros te odeiam. Você vê as pessoas no seu pior e melhor momento. Você vê a vida começar, terminar e tudo que acontece no meio. Você presencia a capacidade das pessoas para o amor, coragem e resistência.” (Autor Desconhecido)

REFERÊNCIAS

VII. REFERÊNCIAS

- ALVES, C.R.P. Dessensibilização da Mão Traumatizada. In: FREITAS, P. P. **Reabilitação da Mão**. 1 ed. São Paulo, Atheneu, 2005, 481-491p.
- ARAUJO, P. M. P. **A Avaliação dos Resultados na Reparação das Lesões dos Tendões Flexores na Mão – Análise Comparativa entre o Método goniométrico “TAM” e o Método Funcional de “Minnesota”**. 1996. 135f. Tese de Doutorado. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1996.
- ATROSHI, I.; GUMMESSON, C. ; JOHNSON, R.; ORNSTEIN, E.; RANSTAM, J.; ROSÉN, I. Prevalence of Carpal Tunnel Syndrome in a General Population. **The Journal of The American Medical Association**. Original Contribution, v. 282, n. 2, p.153-158, 1999. **FREE**.
- BARROS, J. A. C. Pensando o Processo Saúde Doença: A que Responde o Modelo Biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.11, n.1, p.67-84, 2002.
- BARROS, R. D. B. Grupo e produção. In: LANCETTI, A. (org.). **Saúde Loucura**, n. 4. São Paulo: Hucitec, p.145-154, 1994.
- BASTOS, A.B.B.I. A Técnica de Grupos-Operativos à Luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Revista Psicólogo Informação**, v.14, n.14, p.160-169, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, n.19, série A, p.10, 2006.
- BRUNELLO, M. I. B. B. Terapia Ocupacional: Uma Análise da Dinâmica de Papéis em um Grupo de Atividade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 9-14, 2002.
- CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: Ferramenta para a Análise de Dados Qualitativos no Campo da Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v.57, n.5, p.611-614, 2004.
- CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p.113-126, 2001.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L.H.; LAPÈMÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAMMAS, M.; BORETTO, J.; BURMANN, L. M.; RAMOS, R. M.; SANTOS NETO, F. C.; SILVA, J. B. Síndrome do Túnel do Carpo – Parte I (Anatomia, Fisiologia, Etiologia e Diagnóstico). **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.49, n.5, p.429-436, 2014.

CORDEIRO, J.J.R. **Validação da Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais em Pacientes Portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) no Brasil**. 2005. 111f. Tese de mestrado. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2005.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: Concepções. **Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**. Barbacena, v.5, n.8, p. 107-124, 2007.

CUNHA, A. C. F.; SANTOS, F. S. A Utilização do Grupo como Recurso Terapêutico no Processo da Terapia Ocupacional com Clientes com Transtornos Psicóticos: Apontamentos Bibliográficos. **Cadernos de Terapia ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.17, n.2, p. 133-146, jul/dez, 2009.

DE CARLO, M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. D. C. M. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. 1ed. São Paulo: Roca, 2004, 04-28p.

DELL'AGLIO, D. D. **O Processo de Coping, Institucionalização e eventos de vida em Crianças e Adolescentes**. 2000. 119f. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

DRUMMOND, A. F. Fundamentos da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 10-17p.

FERRIGNO, I. S. O Paciente com Lesão na Mão: Questões Psicossociais. In: _____. **Terapia da Mão: Fundamentos para a Prática Clínica**. 1 ed. São Paulo, Santos Editora, 2007, 31-37p.

_____. Reeducação Funcional. In: _____. **Terapia da Mão: Fundamentos para a Prática Clínica**. 1 ed. São Paulo, Santos Editora, 2007, 145-152p.

_____. Reeducação Sensorial. In: _____. **Terapia da Mão: Fundamentos para a Prática Clínica**. 1 ed. São Paulo, Santos Editora, 2007, 139-145p.

_____. Terapia da Mão: Características, Filosofia e Objetivos. In: _____. **Terapia da Mão: Fundamentos para a Prática Clínica**. 1 ed. São Paulo, Santos Editora, 2007, 27-30p.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em Saúde: Perspectivas de uma Equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de**

Enfermagem. Brasília, v. 63, n.4, p. 567-573, 2010.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. Terapia ocupacional em disfunção física: discutindo a produção bibliográfica brasileira no período de 1999 a 2005. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 108-114, set./dez., 2006.

FILHO, J. B. C.; VASCONCELOS, E. M. S.; CECCIM, R. B.; GOMES, L. B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.31, p.315-28, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

FRANCISCO, B. R. Algumas Reflexões Acerca das Atividades da Vida Diária. In: _____. **Terapia Ocupacional**. 2 ed. Campinas: Papyrus, 2001. Apêndice, 73-79p.

GASKEL, G. Entrevista Individuais e Grupais. In: BAUER, M. W., GASKEL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som – Um Manual Prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 64-89p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HAGEDORN, R. As Bases Filosóficas e Teóricas da Prática. In: _____. **Fundamentos da Prática em Terapia Ocupacional**. 1 ed. São Paulo: Dynamis, 2001. Cap. 04, 49-68p.

_____. Quadros de Referência Aplicados Enfocando a Disfunção Física. In: _____. **Fundamentos da Prática em Terapia Ocupacional**. 1 ed. São Paulo: Dynamis, 2001. Cap. 07, 91-106p.

KOUYOUMDJIAN, J. A. Síndrome do Túnel do Carpo Aspectos Clínico-Epidemiológicos em 668 Casos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. São José do Rio Preto, v.57, n.2-A, p.202-207, 1999.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 2, p.44-50, maio/ago. 2002.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, R. C. T.; DAL PRA, K. R. A Documentação no Cotidiano da Intervenção dos Assistentes Sociais: Algumas Considerações Acerca do Diário de Campo. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2007. 93-104p.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; NEIVA, F. C. V.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, 2007. 335-342p.

MAGNANI, A. M. F.; ELUI, V. M. C. Ambulatório de Saúde Física. In: UCHÔA-

FIGUEIREDO, L. R.; NEGRINI, S. F. B. **Terapia Ocupacional: Diferentes Práticas em Hospital Geral**. 1 ed. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. Cap. 19, 247-264p.

MANFROI, J. **Disciplina de Métodos e Técnicas de Pesquisa: Curso de Pós-Graduação Lato Sensu a Distância da Universidade Católica Dom Bosco**. 1 ed. Campo Grande, UCDB, 2006.

MARQUES, A. M. F. B.; VARGAS, M. A. O.; SCHOELLER, S. D.; KINOSHITA, E. Y.; RAMOS, F. R. S.; TROMBETTA, A. P. O Cuidado à Saúde à Pessoa Com Amputação: Análise na Perspectiva da Bioética. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n.4, p. 898-906, 2014.

MAXIMINO, V. S. **A Constituição de Grupos de Atividades com Pacientes Psicóticos**. 1997. 119f. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.

NUNES, C. M. P. Dor Neuromusculoesquelética. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 258-268p.

OLIVEIRA, M. C. Os Modelos de Cuidados como Eixo de Estruturação de Atividades Interdisciplinares e Multiprofissionais em Saúde. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 32, n. 3, 2008. 347-355p.

ORTIZ, J.; GIRIBONI, E. O. Amputação Traumática da Extremidade Distal dos Dedos da Mão: Tratamento Conservador. **Revista Brasileira de Ortopedia**. Campinas, v. 30, n.3, p. 161-164, 1995.

PAIVA, L. L.; GOELLNER, S. V. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface Comunicação Saúde Educação**. Porto Alegre, v.12, n.26, p.485-97, 2008.

PARDINI JUNIOR, A. G.; TAVARES, K. E.; FREITAS, A. D. Amputações na Mão In: Pardini A.; Freitas A. **Traumatismos da Mão**. 4 ed. Rio de Janeiro, Medbook, 2008. 557-560p.

PEREIRA, E. A. R.; JUNIOR, R. M.; AZZE, R. J. Estudo Comparativo Entre a Técnica Endoscópica pelo Portal Proximal e a Técnica de Mini-Incisão Palmar no Tratamento Cirúrgico da Síndrome do Túnel do Carpo. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo, v.11, n.1, p. 48-57, 2003.

PIETRO, G. B.; DE CARLO, M. M. R. P. Promoção da Saúde e Humanização da Assistência a Pacientes de Traumatologia na Perspectiva da Terapia Ocupacional Hospitalar. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; NEGRINI, S. F. B. **Terapia Ocupacional: Diferentes Práticas em Hospital Geral**. 1 ed. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. Cap. 17, 225-233p.

RAFACHO, A. M.; MORAES, M. C.; TOLDRÁ, R. C. Grupos Terapêuticos na Perspectiva de um Serviço Ambulatorial de Terapia Ocupacional. **Anais do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**, 2007.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf> Acesso em: 01/08/2015.

REIS, G. S.; SANTANA, C. S. A. A Atuação da Terapia Ocupacional Ambulatorial na Área de Neurologia Adulto. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; NEGRINI, S. F. B. **Terapia Ocupacional: Diferentes Práticas em Hospital Geral**. 1 ed. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. Cap. 17, 265-277p.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa Documental: Pistas Teóricas E Metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, Ano 1, n. 1, p.1-15, 2009.

SOARES, L. C.; SANTANA, M. G.; THOFEHRN, M. B.; DIAS, D. G. Educação em Saúde na Modalidade Grupal: Relato de Experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.8, n.1, p. 118-123, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA DA MÃO E DO MEMBRO SUPERIOR. **Editorial**. Disponível em: <<http://www.sbtm.org.br/sbtm/editorial>> Acesso em: 01/08/2015.

SOUZA, M. A. P.; CABRAL, L. H. A.; SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Acidentes de Trabalho Envolvendo Mãos: Casos Atendidos em um Serviço de Reabilitação. **Fisioterapia e Pesquisa**. Minas Gerais, v. 15, n.1, 64 -71, 2008.

VARGAS, M.A.O.; FERRAZZO, S.; SCHOELLER, S.D.; DRAGO, L.C.; RAMOS, F.R.S. Rede de Atenção à Saúde à Pessoa Amputada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.6, p.526-532, 2014.

VASCONCELOS, S. C.; FRAZÃO, I. S.; RAMOS, V. P. Contribuições do Grupo Terapêutico Educação em Saúde na Motivação para a Vida do Usuário de Substâncias

Psicoativas. **Enfermagem em foco**. Pernambuco, v. 03, n.3, 123 -126, 2012.

ZIMERMAN, E. D. Uma Visão Histórico-Evolutiva das Grupoterapias: Principais Referenciais Teórico-Técnicos. In: _____. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

_____. Modalidades Grupais. In: _____. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

_____. Fundamentos Teóricos. In: _____. OSÓRIO, L. C. e colaboradores. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

ZUMIOTTI, A. V.; OHNO, P. E.; PRADA, F. S.; AZZE, R. J. Complicações do Tratamento Cirúrgico da Síndrome do Túnel do Carpo. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, v.31, n.3, p. 199-202, 1996.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de São Paulo

Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A presente pesquisa intitulada **“Atendimento em Grupo na Terapia da Mão e Reabilitação de Membros Superiores: uma clínica de muitas mãos, sujeitos e reflexões”** tem como principal objetivo Investigar os benefícios dos atendimentos em grupo terapêutico e de educação em saúde realizado com pacientes em tratamento de terapia da mão; observar como o grupo influencia no cotidiano dos sujeitos e na participação mais ativa desses no cuidado a sua saúde, conhecer o quanto o grupo tem relação na criação de redes de suporte social entre os participantes e entender de que forma o grupo propicia um espaço de acolhimento, escuta e troca de experiências.

Esta pesquisa está sendo realizada pela pós graduanda do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP, a terapeuta ocupacional Gisele Paiva, sob orientação da Prof^a. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, docente do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – *Campus* Baixada Santista.

O TCLE é um importante documento que vem numerado e deve estar assinado e rubricado pela pesquisadora e uma via do TCLE ficará com o participante e outra via ficará com o pesquisador.

Assim, convidamos você a participar desta pesquisa e após a aceitação você deve assinar e rubricar todas as folhas do TCLE. Realizaremos uma entrevista semi estruturada em um único encontro de aproximadamente uma hora e meia e a entrevista possibilitará conhecer melhor o quanto o grupo terapêutico e de educação em saúde estão conseguindo trazer benefícios aos seus participantes, bem como estão favorecendo para que fiquem mais pró-ativos e autônomos.

É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e a desistência de participação do estudo.

Todas as informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada a identidade do participante em momento algum. Estes dados só serão utilizados para a pesquisa científica. Você não terá ônus nem bônus em qualquer fase da realização do estudo e terá o direito de ser informado sobre os resultados dos dados coletados em qualquer momento do estudo. É importante lembrar que em momento algum, você sofrerá desconforto ou riscos durante a realização da pesquisa. Caso não queira participar você continuará sendo tratado no grupo sem nenhum problema.

Em qualquer etapa do estudo, é possível ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo que o principal investigador é a terapeuta ocupacional Gisele Paiva que pode ser encontrado no endereço Rua: Oceânica Amábile, 207/102 - Ocian – Praia Grande – SP, Telefone: (13) 997330117.

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – email: cepunifesp@unifesp.br

Eu, _____, certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento, e entendi seu conteúdo, também sei que qualquer informação obtida será confidencial e acredito ter sido suficientemente informado a respeito do estudo **“Atendimento em Grupo na Terapia da Mão e Reabilitação de Membros Superiores: uma clínica de muitas mãos, sujeitos e reflexões”**

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, o que será realizado, as garantias de proteção à minha identidade e de esclarecimentos a qualquer momento. Ficou claro também, que a minha participação é isenta de despesas.

Foi esclarecido que em qualquer etapa do estudo, terei acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas e que uma

cópia deste formulário ser-me-á fornecida

3/3

Minha assinatura demonstra que eu, _____, concordei livremente de participar deste estudo.

Entendo que estou livre para recusar a participação deste ou desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Assinatura do Participante

Certifico que expliquei a (o) Sr. (a) _____

acima, a natureza, propósito e benefícios associados à sua participação nesta pesquisa e que respondi todas as questões que me foram feitas.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Santos, _____ de _____ de _____

Apêndice B – Termo de Consentimento para Uso de Imagens



IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGENS.

Eu, _____, RG. _____, responsável por _____, autorizo o uso de fotografias e /ou vídeos, única e exclusivamente, para fins acadêmicos (apresentação em eventos científicos, artigos, entre outros).

Recebi previamente as seguintes informações : participação isenta de riscos e ônus financeiros e garantia de anonimato.

Atenciosamente,

Santos, ___ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável pelo paciente

Assinatura do profissional

Apêndice C - Entrevista semiestruturada



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Entrevista Semiestruturada

Data da entrevista:

____/____/____

A- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – FAMILIAR:

1. Nome do entrevistado:	

2. Data de Nascimento: _____ Idade: _____	
_____ Ano	
3. Sexo: () Masculino () Feminino	
4. Estado Civil:	
() Solteiro () Casado () Amasiado	
() Separado () Viúvo	
() Divorciado () Outro: _____	
5. Escolaridade:	
() Não sabe ler/escrever () Sem escolaridade	
() Ensino Fundamental () Ensino Fundamental Completo	
() Incompleto () Ensino Fundamental Completo	
() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo	
() Curso Técnico Completo () Curso Técnico Incompleto	
() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo	
() Pós-Graduação Incompleta () Pós-Graduação Completa	
6. Ocupação: _____	

7. Fonte de Renda:	
() Emprego () Seguro-desemprego	
() Auxílio Doença () Pensionista	
() Renda do Conjuge () Benefício de assistência social ao idoso e ao deficiente – LOAS (Lei Orgânica Assistência Social)	
() Aposentadoria () Renda Familiar	
() Outros: _____	

8. Com quem vive ou reside atualmente?

- Sozinho Com conjugue/companheiro
 Com filho Mãe/pai
 Amigos Com outro membro da família
 Irmãos Outros: _____

9. Número de Pessoas no domicílio: _____ pessoas

10. Tipo de Moradia:

- Em casa/apartamento próprio Em casa/apartamento alugado por você
 Na casa dos pais ou familiares Em casa de amigos
 Na Rua Em Pensão
 Nas palafitas junto com outras famílias no cortiço
 outros

11. Mora em que cidade da Baixada Santista:

Se em Santos, em que região Morro Zona Noroeste Centro Orla

12. Tempo de doença ou lesão:

Tempo de afastamento do trabalho:

Tempo de afastamento das atividades de rotina:

13. Há quanto tempo freqüenta a ISCMS?

Há quanto tempo freqüenta o serviço de terapia Ocupacional?

Qual grupo faz parte:

B - Perguntas:

1 - Como participante do grupo terapêutico e de educação em saúde, quais mudanças e benefícios você observou em seu cotidiano depois que passou a ser atendido em grupo?

2- Pensando no grupo terapêutico e de educação em saúde, comente o que você percebe de diferença no cuidado à sua saúde? É quanto ao seu bem estar?

3- De que forma você se sente acolhido pelos participantes do grupo terapêutico e de educação em saúde?

4-Na sua opinião, o grupo terapêutico e de educação em saúde tem propiciado momentos de escuta e trocas de experiências?

5- E como isso acontece?

6- Fora do grupo existe algum momento de encontro ou ajuda entre vocês que participam do grupo terapêutico e de educação em saúde?

Anexo 1 – Anamnese Utilizada com os Pacientes de STC



Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos
Serviço de Terapia Ocupacional



Ambulatório de Terapia da Mão e Reabilitação de MMSS
Avaliação Síndrome do Túnel do Carpo

Data Avaliação Inicial:	Data Avaliação Final:
--------------------------------	------------------------------

Nome:	DN:	ID:
Telefone:	Escolaridade:	
Ocupação	Afastamento/Data	

	Direito	Esquerdo
Dominância		
Membro Acometido		

Queixa Principal?	Medicação:		
HD			
Exame Complementar?	Data		
Conclusão:			
	Sim	Não	Local
Cistos / Tumores			

Doenças Sistêmicas	Sim	Não	Não Sabe
HAS			
DM			
HIV			
Tireóide	Hiper () Hipo ()		
Outras:			
Histórico Dças Família:			

Dças Inflamatorias	Data	Lateralidade	Medicações
Cervicalgia		D () E ()	
Sd.Impacto Ombro		D () E ()	
Tendinite		D () E ()	
Tendinopatia		D () E ()	
Bursite		D () E ()	
L.M. Rotador		D () E ()	
Capsulite Adesiva		D () E ()	
Tenossinovite		D () E ()	
Epicondilite		D () E ()	
Lombalgia		D () E ()	
Fibromialgia		D () E ()	
A.R. e outras		D () E ()	
Atralgia (referida)		D () E ()	
Outras		D () E ()	

	Sim	Não	Qual?	Frequencia
Fisioterapia/Reab (RPG, Pilates, Along.)				
Acupuntura				

Atividade Física				
Caminhada				
Sedentário (FDS)				
Lazer				

	Sim	Não	Qual?	Data
Cirurgia				
Lesão Prévia				

	Última Consulta	Retorno
Ortopedista		
Neurologista		
Outra Especialidade:		

Dor	Sim	Não
Presente		
Ausente		
Oscilante		
Cansada		
Agulhada		
Queimação		
Acorda a noite com Dor?		
Melhora ao Repouso?		
Faz uso de Órtese?		

Sensibilidade	Sim	Não
Parestesia (Formigamento)		
Hipoestesia (↯Sensibilidade)		
Disestesias (Alterações da Sensibilidade)		

	Sim	Não
Edema		
Acorda com edema?		
Alterações de cor?		
Alterações de Temperatura?		

	Preservada	Diminuída	Ausente
Força			
Força Pinça			
	Atrofia	Hipotrofia	
Eminência Tenar			

Teste de Phalen	Positivo ()	Negativo ()
------------------------	---------------------	---------------------

Principal Atividade Trabalho:			
Principal Atividade Domicílio:			
Flexo/Extensão Forçada?		Preensão Forçada?	Torção Forçada?

	Sim	Não
Se sente sobrecarregado?		
Seu trabalho é estressante ou oferece risco?		

Relação Interpessoal no Trabalho é Satisfatória?		
Faz uso de álcool/tabaco/outros: _____		
Avaliação e/ou acompanhamento Psicologico?		
Seu (a) Companheiro (a) é exigente?		
Algum divórcio/óbito na família (1 ano)		

	Interessado	Ansioso	Crítico	Desanimado	Poliqueixoso
Perfil Comport.					

	Diurno	Noturno	AVD/AIVD
Uso de Órtese			

	Melhora Dor	Melhora ADM/Força	Reeducação Sensorial	Adaptações
Expectativa				

Anexo 2 – Anamnese Utilizada com os Pacientes de Amputação



Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos
Serviço de Terapia Ocupacional



Ambulatório de Terapia da Mão e Reabilitação de MMSS
Avaliação Inicial

Data Avaliação Inicial:	Data Avaliação Final:
Supervisor(a):	Acadêmico(a):

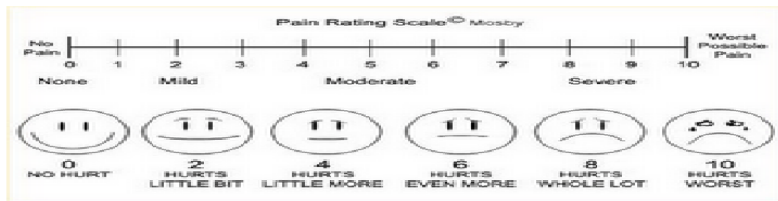
Nome:			
Sexo: F () M ()	DN:	Idade:	Região:
Endereço:			
Telefone:	Escolaridade:		
Ocupação	Afastamento/Data		
Encaminhado por:			
Diagnóstico:			

	Direito	Esquerdo
Dominância		
Membro Acometido		

Queixa Principal?	
Medicação:	
Exame Complementar?	Data:
Conclusão:	
Histórico:	

	Normal	Aderida	Hipertrófica
	Aspecto de textura e consistência anterior ao trauma	Profunda, ocasiona dor ao realizar o movimento no local ou próximo ao local da cirurgia	Textura mais elevada em relação à pele circundante que respeita a extensão original da lesão
Cicatriz			

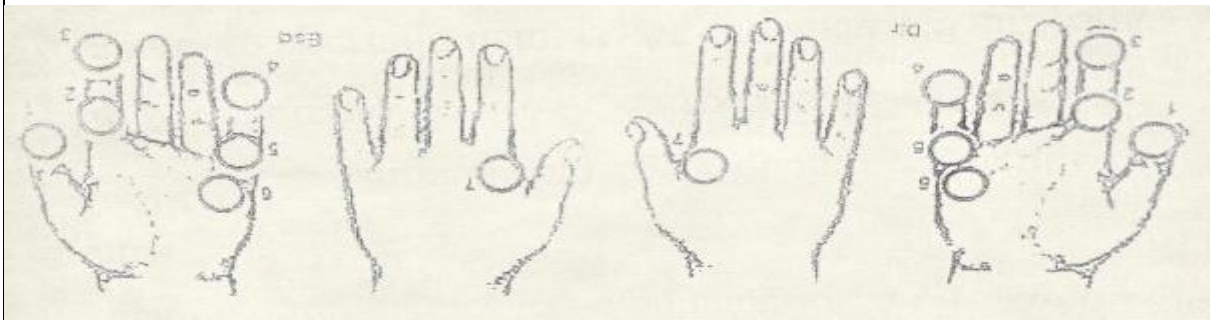
Escala Analógica da dor	Obsevações:
--------------------------------	--------------------



	Flexão	Extensão	Adução (D.U)	Abdução (D.R)	Prono/Supinação
Punho					
MTF					
IFP					
IFD					

	Edema	Força	Alterações Sensoriais
Alterações:			
Dificuldades	Sim	Não	Qual?
Alimentação			
Banho			
Higiene			
Vestuário			
Ativid. Domésticas			
Ativid. Instrumentais			
Atividades Laborais			
Outras:			

Teste de Sensibilidades- Monofilamentos



Teste Força - Polpa a Polpa

	Direita					Esquerda				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Data:										
Data:										
Data:										

Teste Força

	Direita			Esquerda		
	Tripode	Chave	Palmar	Tripode	Chave	Palmar
Data:						
Data:						
Data:						

Objetivos:	
Recursos:	

Órteses	
Data	Tipo

Terapeuta Ocupacional

Anexo – 3 – Parecer Plataforma Brasil – Versão 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO EM GRUPO NA TERAPIA DA MÃO E REABILITAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES: UMA CLÍNICA DE MUITAS MÃOS, SUJEITOS E

Pesquisador: Gisele Paiva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33537214.5.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 733.099

Data da Relatoria: 30/07/2014

Apresentação do Projeto:

O serviço de terapia ocupacional que faz os atendimentos clínicos individuais de reabilitação funcional no ambulatório de Terapia da Mão e Reabilitação de Membros Superiores da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos levantou demandas e importantes questões quanto ao formato em que estes atendimentos estavam estruturados no ambulatório, sendo possível apontar questões, como: o aumento na quantidade de encaminhamentos, o longo tempo de acompanhamento da população atendida, a dinâmica e demanda dos atendimentos e dos pacientes. Ficando evidente a necessidade de uma reestruturação destes atendimentos, assim novas propostas de atuação foram discutidas e implementadas, desta forma iniciaram os grupos terapêutico e de educação em saúde, além da inserção de outros profissionais compondo uma equipe multiprofissional no ambulatório. Essa pesquisa pretende investigar os benefícios desses novos atendimentos: grupos terapêuticos e de educação em saúde, sua influencia no cotidiano dos sujeitos e na participação mais ativa desses no cuidado a sua saúde, sua relação na criação de redes de suporte social entre os participantes e de que forma propicia um espaço de acolhimento, escuta e troca de experiências. Trata-se de um estudo retrospectivo e prospectivo, descritivo, exploratório de natureza quantitativa e qualitativa, para a coleta de dados será utilizada: uma entrevista semi-estruturada elaborada especificamente para esta pesquisa, que será aplicada nos

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 733.099

atuais participantes dos grupos, também serão utilizados as evoluções dos grupos desde o seu início assim como as atuais e todos os diários de campo escritos pelos alunos de terapia ocupacional e psicologia quem compõem as equipes que atendem os grupos. A análise de todo este material será feita através da análise de conteúdo. Somente os dados sociodemográficos que serão analisados quantitativamente. Dessa forma, espera-se ampliar o olhar acerca do grupo terapêutico e da educação em saúde como um recurso a ser utilizado com essa população de traumas e doenças da mão, onde a demanda específica acaba por direcionar os atendimentos à atenção individualizada. Espera-se também fortalecer a prática da Terapia Ocupacional e da Psicologia, como uma significativa ação multiprofissional, ao relatar os resultados observados em relação ao processo terapêutico dos grupos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os benefícios dos atendimentos em grupo terapêutico e de educação em saúde realizado com pacientes em tratamento de terapia da mão.

Objetivo Secundário:

Observar como o grupo terapêutico e de educação em saúde influencia no cotidiano dos sujeitos e na participação mais ativa desses no cuidado a sua saúde. Conhecer o quanto o grupo terapêutico e de educação em saúde tem relação na criação de redes de suporte social entre os participantes. Entender de que forma o grupo terapêutico e de educação em saúde propicia um espaço de acolhimento, escuta e troca de experiências.

Hipótese:

Acredita-se que novas propostas como o planejamento e realização de atividades em grupos terapêuticos, envolvendo a educação em saúde e outros profissionais, possam favorecer a criação de um espaço de acolhimento, escuta e troca de experiências assim como a criação de redes de suporte social entre os participantes, em busca de uma participação mais ativa de todos os envolvidos no cuidado a saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

Riscos:

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 733.099

Os riscos dessa pesquisa são mínimos, uma vez que será garantido a preservação da privacidade e caso o participante se sinta incomodado com as perguntas o mesmo pode não responde-las, assim como, pode desistir da participação a qualquer momento.

Benefícios:

O benefício que se espera dessa pesquisa, é ampliar o olhar acerca do grupo terapêutico e da educação em saúde como um recurso a ser utilizado com essa população de traumas e doenças da mão, onde a demanda específica acaba por direcionar os atendimentos à atenção individualizada.

Espera-se também fortalecer a prática da Terapia Ocupacional e da Psicologia, como uma significativa ação multiprofissional, ao relatar os resultados observados em relação ao processo terapêutico dos grupos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No ambulatório de Terapia da Mão e Reabilitação de Membros Superiores existem grupos terapêuticos e de educação em saúde, que foram criados devido a necessidade de uma reestruturação do modo de atendimento dos pacientes. O objetivo do estudo é Investigar os benefícios dos atendimentos nesses grupos.

Trata-se de um estudo retrospectivo e prospectivo, descritivo, exploratório de natureza quantitativa e qualitativa. Retrospectivo, pois pretende-se aproveitar as evoluções feitas sobre os grupos desde o seu início em 2012, bem como as impressões que constam nos diários de campo escritos pelos alunos que já passaram por estes grupos. Prospectivo, uma vez que, serão entrevistados os atuais participantes dos grupos e também continuará sendo utilizadas as evoluções dos grupos bem como os diários de campo escritos pelos atuais alunos, desta forma, procurando olhar desde a constituição destes grupos e tentar avaliar o processo de evolução quanto aos objetivos propostos.

PARTICIPANTES: Os participantes desta pesquisa serão os pacientes com traumas de membro superior por amputação e pacientes com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, que freqüentam os atendimentos dos grupos: terapêutico e de educação em saúde no ambulatório de terapia ocupacional em Terapia da Mão e reabilitação de membros superiores na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos. Os grupos são realizados pelo serviço em parceria com os estágios da graduação da terapia ocupacional e da psicologia da Universidade Federal de São paulo (UNIFESP) – Campus baixada santista.

INSTRUMENTOS: Entrevista semi-estruturada elaborada especificamente para esta pesquisa, que será aplicada nos atuais participantes dos grupos; Evoluções dos grupos desde o seu início assim

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 733.099

como as atuais e; Diários de campo escritos pelos alunos de terapia ocupacional e psicologia que compõem as equipes que atendem os grupos

Critério de Inclusão:

Serão incluídos na pesquisa todos os pacientes com traumas de membro superior por amputação e pacientes com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo participantes de atendimento em grupo no ambulatório de terapia ocupacional e que aceitarem participar assinando e rubricando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Critério de Exclusão:

Serão excluídos da pesquisa, pacientes com outras lesões ou outras doenças do membro superior, pacientes que não participem dos grupos ou estejam em atendimento individual e que não comparecerem, em no mínimo, 05 (cinco) encontros do grupo.

Pesquisador: Gisele Paiva

Disciplina/Depto: Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Campus: Baixada Santista

Obj. Acadêmico: Mestrado

Aquisição de patente: Não

Patrocínio: Ausente Patrocinador:

Orientador: Profa Dra Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

Chefe de Depto: Profa Dra Angela Capozzolo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; TCLE; cadastro CEP/UNIFESP e projeto completo.
- outros documentos: 1- autorização do responsável pelo Setor de Fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Santos; 2-entrevista semi-estruturada.

Recomendações:

recomenda-se fazer uma revisão gramatical do texto (principalmente de pontuação).

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 733.099

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1-autorização para o uso de diário de campo dos alunos de terapia ocupacional e psicologia que participam ou já participaram das equipes que atendem os grupos.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 30 de Julho de 2014

Assinado por:
Leonor do Espirito Santo de Almeida Pinto
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Anexo – 4 – Parecer Plataforma Brasil – Versão 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO EM GRUPO NA TERAPIA DA MÃO E REABILITAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES: UMA CLÍNICA DE MUITAS MÃOS, SUJEITOS E

Pesquisador: Gisele Paiva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33537214.5.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 751.762

Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 733.099 de 30/07/2014

Objetivo da Pesquisa:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 733.099 de 30/07/2014

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 733.099 de 30/07/2014

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CONFORME PARECER CONSUBSTANCIADO CEP nº 733.099 de 30/07/2014

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta de pendência do parecer original CONSUBSTANCIADO CEP nº 733.099 de 30/07/2014

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas de pendências de acordo com os questionamentos abaixo:

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 751.762

1-autorização para o uso de diário de campo dos alunos de terapia ocupacional e psicologia que participam ou já participaram das equipes que atendem os grupos.

RESPOSTA: Apresentada a autorização da Santa Casa de Misericórdia de Santos. PENDÊNCIA ATENDIDA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatório, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:

**Leonor do Espírito Santo de Almeida Pinto
(Coordenador)**

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

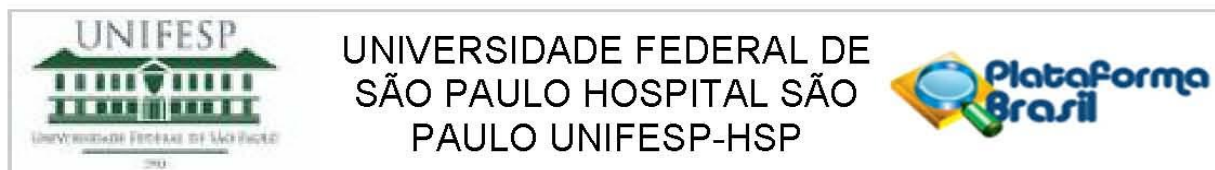
Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Anexo – 5 – Parecer Plataforma Brasil – Versão 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRUPO INTERDISCIPLINAR DE TERAPIA DA MÃO DO AMBULATÓRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS: UMA CLINICA DE MUITAS MÃOS, SUJEITOS E REFLEXÕES

Pesquisador: Gisele Paiva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33537214.5.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.163.019

Data da Relatoria: 29/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para mudança de título, conforme orientação da banca de qualificação.

Novo título:

GRUPO INTERDISCIPLINAR DE TERAPIA DA MÃO DO AMBULATÓRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS: UMA CLINICA DE MUITAS MÃOS, SUJEITOS E REFLEXÕES.

Objetivo da Pesquisa:

Emenda para alteração de título

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos associados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Novo título da pesquisa: GRUPO INTERDISCIPLINAR DE TERAPIA DA MÃO DO AMBULATÓRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS: UMA CLINICA DE MUITAS MÃOS, SUJEITOS E REFLEXÕES.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

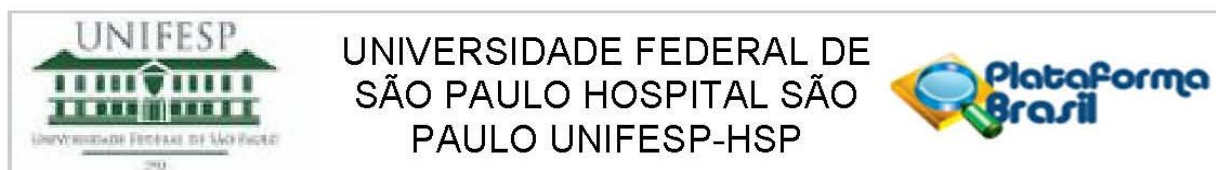
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.163.019

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

não se aplica

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER DO RELATOR ACATADO PELO COLEGIADO

SAO PAULO, 29 de Julho de 2015

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com