

Vivências de pessoas com deficiência durante o processo de reabilitação: Teoria Fundamentada nos Dados*

Experiences of people with disabilities during their rehabilitation process: Grounded Theory

Como citar este artigo:

Pereira NS, Alarcon MFS, Selleti JDN, Marin MJS. Experiences of people with disabilities during their rehabilitation process: Grounded Theory. Rev Rene. 2023;24:e91954. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232491954>

-  Simone Nunes Pereira¹
 Miriam Fernanda Sanches Alarcon²
 Jaqueline Dias do Nascimento Selleti³
 Maria José Sanches Marin¹

*Extraído da dissertação intitulada “Processo de reabilitação física e à educação em saúde: vivência dos usuários”, Faculdade de Medicina de Marília, 2021.

¹Faculdade de Medicina de Marília.
Marília, SP, Brasil.

²Universidade Estadual do Norte do Paraná.
Bandeirantes, PR, Brasil.

³Universidade Federal do Paraná.
Curitiba, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Miriam Fernanda Sanches Alarcon
Universidade Estadual do Norte do Paraná.
BR -369, S/N, CEP: 86360-000.
Bandeirantes, PR, Brasil.
E-mail: miriam@uenp.edu.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: construir um modelo teórico representativo da vivência de pessoas com deficiência durante o processo de reabilitação física. **Métodos:** pesquisa qualitativa, pautada no referencial da Teoria Fundamentada nos Dados. Realizou-se entrevista com 28 participantes em três grupos amostrais. Utilizou-se amostragem teórica e circularidade de dados para análise em codificações inicial, focalizada e teórica. **Resultados:** compuseram o fenômeno “Vivenciando o processo de reabilitação” 66 códigos conceituais. Foram condições as categorias: Enfrentando a nova condição e Vivenciando o desafio da reabilitação. Como ação-interação: Encontrando motivação para reabilitação; e, como consequência: Adaptando-se à condição. **Conclusão:** o modelo teórico destaca a necessidade de enfrentamento da condição de deficiência, levando o indivíduo a aprender a lidar com os desafios, reconhecendo a natureza gradual e desafiadora da reabilitação. **Contribuição para a prática:** o modelo teórico inova ao compreender o processo de reabilitação em pessoas com deficiência, enfatizando a importância de enfrentar a nova condição, encontrar motivação e adaptar-se. Destaca ainda o papel crucial da equipe de saúde e do contato com outros que passam pelo mesmo processo. Sua aplicação promete ampliar a eficácia da reabilitação, culminando em uma maior qualidade de vida para os pacientes.

Descritores: Centros de Reabilitação; Equipe de Assistência ao Paciente; Pessoas com Deficiência; Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: to construct a theoretical model that can represent the experience of people with disabilities during the physical rehabilitation process. **Methods:** qualitative research, based on the theoretical framework of Grounded Theory. We interviewed 28 participants in three sample groups, using a theoretical sampling and data circularity to analyze initial, focused, and theoretical codings. **Results:** the phenomenon “Experiencing the process of rehabilitation” was formed by 66 conceptual codes. Its conditions were the categories: “Coping with the new condition”, “Experiencing the challenge of rehabilitation”. Action-interaction: “Finding motivation for rehabilitation”; consequence: “Adapting to the condition”. **Conclusion:** the theoretical model highlights the need to cope with the disability, leading the individual to learn how to deal with challenges and to recognize the gradual and challenging nature of rehabilitation. **Contributions to practice:** the theoretical model is innovative for explaining the rehabilitation process in people with disabilities, highlighting the importance of facing the new condition, finding motivation, and adapting. The crucial role of the health team also stands out, as do the relevance of getting in touch with others who have been through the same process. The application of this model is expected to increase rehabilitation efficiency, culminating in higher quality of life for patients.

Descriptors: Rehabilitation Centers; Patient Care Team; Disabled Persons; Rehabilitation.

Introdução

Um total de 17,3 milhões de pessoas, com dois anos de idade ou mais, apresentam diversas formas de deficiência. Destas, 14,4 milhões residem em regiões urbanas e 2,9 milhões, em áreas rurais. A deficiência é classificada como auditiva, visual, motora ou mental, sendo a auditiva a mais prevalente (6,5%)⁽¹⁾.

A incapacidade física, que pode afetar os membros superiores e/ou inferiores, tem um impacto significativo na funcionalidade e bem-estar do indivíduo. Ela pode variar em natureza e duração, sendo classificada como: temporária (recuperação completa com tratamento adequado); reversível (possibilidade de melhora ou substituição com intervenções médicas); permanente (resistente a tentativas de cura ou substituição); e compensável (melhora com a utilização de próteses após amputações). Essas incapacidades podem ser de origem genética, presentes desde o nascimento, ou adquiridas ao longo da vida⁽²⁾.

Na última década, ocorreu um aumento considerável na busca por reabilitação, e com essa demanda espera-se a continuação do crescimento nos anos vindouros. Tal dinâmica é primariamente resultado do prolongamento da expectativa de vida desde o nascimento, além do aumento geral da longevidade global, o que tem acarretado o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e das situações médicas simultâneas (comorbidades), uma vez que tem sido demonstrada a existência de importante associação entre condições crônicas pré-existentes e limitações funcionais⁽³⁾.

A reabilitação pode maximizar a recuperação e melhorar a qualidade de vida⁽⁴⁾. Numa perspectiva de cuidado integral, entende-se que um processo multidisciplinar visa tratar e restaurar funções prejudicadas ou criar oportunidades para adquirir novas habilidades. Essa abordagem biopsicossocial facilita a reintegração do indivíduo na sociedade. A reabilitação tem um impacto significativo na reconstrução da autoimagem, no aumento da autoestima e na melhoria da autopercepção e compreensão dos papéis sociais.

É um momento de reconhecimento e ressignificação do contexto de vida⁽⁵⁻⁶⁾. Muitas incapacidades acarretam sequelas físicas importante, e vivenciá-las traz intensas mudanças no dia a dia do indivíduo, transformando sua perspectiva sobre a vida à medida em que impõem muitos limites, provocando medo. Assim, encarar essa mudança, que não foi escolhida, pode trazer muitos sentimentos de insegurança sobre o futuro de seu próprio corpo, bem como de sua vida e da futura vivência com a nova realidade⁽⁵⁻⁶⁾.

Desempenhos variados podem ser vivenciados pelas pessoas com deficiência física durante o processo de reabilitação. É possível alcançar, frente às mudanças inevitáveis, novas propostas de tratamento e novas experiências como possíveis alternativas à nova realidade.

A reabilitação pode ser facilitada por profissionais especializados em centros de atendimento. No entanto, existe uma lacuna no entendimento mais amplo e integrado da reabilitação de pessoas com deficiência física, incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais e psicológicos. Este processo complexo envolve não apenas a pessoa com deficiência, mas também seus familiares e profissionais de saúde. Portanto, é crucial desenvolver um modelo teórico holístico, que ofereça uma visão mais completa e eficaz da reabilitação física. Frente ao exposto, questiona-se: “Como pessoas com deficiência vivenciam o processo de reabilitação?” Este estudo teve como objetivo construir um modelo teórico representativo da vivência de pessoas com deficiência durante o processo de reabilitação física.

Métodos

Pesquisa qualitativa, pautada no referencial da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), de uma perspectiva construtivista⁽⁷⁾. O cenário foi o Centro de Reabilitação afiliado da Rede Lucy Montoro, localizado em um município de médio porte no interior do estado de São Paulo, Brasil. Esta Rede abrange um total de 20 unidades em todo o estado e oferece mais de

100 mil atendimentos mensais. Este estudo aderiu às diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para pesquisas qualitativas.

A coleta de dados seguiu o processo orientado pela amostragem teórica da TFD e envolveu 28 participantes distribuídos em três grupos. O primeiro grupo, composto por 10 pessoas com deficiência física que estavam vivenciando o fenômeno em análise, foi o ponto de partida para a seleção da amostra teórica. Para inclusão, os participantes precisavam ter mais de 18 anos, apresentar deficiência física, estar envolvidos em um programa de reabilitação na instituição e possuir capacidade cognitiva para fornecer informações. Indivíduos no centro de reabilitação por menos de três meses foram excluídos da amostra.

O contato inicial com os participantes ocorreu em pessoa, no centro de reabilitação. Foram explicados os objetivos e motivos da pesquisa. A coleta de dados transcorreu ao longo de 2019, de janeiro a outubro, por meio de entrevistas semiestruturadas com pessoas com deficiência, familiares/acompanhantes e profissionais do centro. As entrevistas foram previamente agendadas, levando em conta a disponibilidade dos participantes. Ao todo, foram gravadas 11 horas e 48 minutos de entrevistas.

A alta dependência e envolvimento dos cuidadores no processo de reabilitação sugeriram que familiares e acompanhantes poderiam oferecer insights valiosos sobre o fenômeno. Com base nessa observação, formou-se um segundo grupo composto por oito participantes que desempenhavam o papel de familiares ou acompanhantes. Eles foram incluídos por sua capacidade de compreender e comunicar experiências de forma apropriada, além de serem os principais ou regulares cuidadores da pessoa com deficiência durante o processo de reabilitação. Aqueles que assumiam esse papel de forma esporádica foram excluídos.

Por conseguinte, conjecturou-se que os profissionais de saúde poderiam oferecer uma perspectiva essencial sobre a dinâmica do processo de reabilitação. Isso, então, resultou na formação de um terceiro

grupo, constituído por dez profissionais da equipe multiprofissional que estavam ativamente envolvidos na prática assistencial na área de reabilitação há pelo menos um ano. Foram excluídos profissionais de saúde que não estavam ativamente envolvidos na prática assistencial na área de reabilitação.

As entrevistas começaram com um questionário sociodemográfico, seguido de perguntas específicas para cada grupo. Foram conduzidas por uma pesquisadora de mestrado com treinamento na técnica. Importante destacar que o roteiro foi adaptado para atender às particularidades de cada grupo, em conformidade com as diretrizes da TFD.

Para os indivíduos com deficiência física, a questão central foi formulada da seguinte maneira: Como você experimenta e vivencia o processo de reabilitação? Para os familiares, a indagação direcionada foi: Como você percebe a experiência de (nome da pessoa com deficiência) em relação à sua deficiência? Quanto aos profissionais de saúde, a abordagem foi pautada pela pergunta: Qual é a sua perspectiva sobre as pessoas que estão passando pelo processo de reabilitação? Adicionalmente, questões suplementares foram incluídas em decorrência das respostas obtidas, e todas as entrevistas foram conduzidas enquanto os participantes se encontravam nas instalações do centro de reabilitação.

Quanto à análise dos dados das entrevistas, conduziram-se manualmente e seguindo uma abordagem construtivista em três fases: codificação inicial, codificação focalizada e codificação teórica. Durante a codificação inicial, os dados foram desmembrados e analisados para capturar as ideias e significados expressos pelos participantes, convertendo-os em códigos⁽⁷⁾. Da análise dos dados, emergiram 968 códigos conceituais.

Na etapa de codificação focalizada, os dados foram agrupados, categorizados e sintetizados para tornar os códigos mais seletivos e conceituais. Utilizou-se a ferramenta analítica “3Cs” (Condições, Ações-Interações e Consequências) para facilitar a compreensão das relações entre as categorias e identificar o fenô-

meno em estudo, correspondendo à codificação teórica. Essa fase representa um nível avançado, baseado nos códigos selecionados anteriormente. Foram identificados 66 códigos, mais diretos, seletivos e conceituais⁽⁷⁾.

Os dados foram transcritos e codificados em conjunto pelas pesquisadoras desde a primeira entrevista. A análise resultou em rodadas adicionais de coleta e exame de dados através de comparações sucessivas, garantindo informações relevantes e representativas sem a necessidade de repetição das entrevistas. A saturação dos dados foi alcançada por consenso entre os pesquisadores. Devido a dificuldades de acesso, o conteúdo das entrevistas foi disponibilizado apenas para profissionais, dois familiares e uma pessoa com deficiência, não sendo acessível a todos os participantes.

Professores experientes na temática e em pesquisas qualitativas, com foco na TFD, conduziram a validação do modelo teórico e avaliaram a dissertação. Apresentou-se o modelo aos docentes, que o examinaram quanto a validade, relevância e rigor. Essa forma de validação foi motivada pelo contexto pandêmico de 2020 e 2021, quando as restrições da COVID-19 impediram a formação de grupos com os participantes devido ao risco de exposição ao vírus.

Para garantir a confidencialidade dos dados, os participantes foram referidos nas citações por meio das letras P (Paciente), A (Acompanhante) e E (Equipe), seguidas do número cardinal correspondente à ordem da entrevista (P1, A1... E10). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, sob parecer nº 4735516/2021 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 03108218.3.0000.5413.

Resultados

O primeiro grupo amostral foi composto por cinco homens e cinco mulheres com deficiência física

e na faixa etária de 24 a 68 anos, com escolaridade até o ensino médio e renda entre um e três salários-mínimos. Quanto às características físicas/clínicas, quatro pessoas foram identificadas com diagnóstico de lesão encefálica, duas com lesão medular, três com amputações e uma com doença neurodegenerativa.

O período de deficiência variou de oito meses a três anos, com exceção de um dos casos, que ocorreu após um parto. Ao analisar o nível de dependência nas atividades diárias, observou-se uma divisão equitativa entre os participantes. Metade relatou uma sensação de independência, enquanto a outra metade descreveu uma dependência parcial desde o início da reabilitação. Essa distribuição equilibrada destaca a notável diversidade nas experiências individuais de autonomia, enfatizando a necessidade de uma abordagem personalizada e sensível às necessidades específicas de cada participante no contexto da reabilitação. Vale ressaltar que este critério não foi avaliado por meio de uma escala, mas sim pela percepção do próprio participante sobre sua condição.

No que diz respeito aos familiares e acompanhantes, a idade calculada estava entre 32 e 71 anos, sendo a maioria mulheres. Parcela significativa dos entrevistados destes grupos amostrais estava vivenciando a experiência de cuidador pela primeira vez. Adicionalmente, estes entrevistados tinham parentesco direto com a pessoa com deficiência. Estes dados enfatizam a relevância das relações familiares e a significativa adaptação dos cuidadores ao seu papel.

A equipe, composta por dez profissionais mulheres, variava entre 25 e 46 anos de idade. No terceiro grupo amostral, havia duas assistentes sociais, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, duas terapeutas ocupacionais, uma nutricionista, uma enfermeira e uma educadora física. A experiência profissional dessas entrevistadas abrangia de quatro a dezesseis anos, com tempo de serviço na instituição do estudo variando de dois a cinco anos. Todas as participantes possuíam titulação de especialização. Elaborou-se a categoria central “Vivenciando o processo de reabilitação física” composta pelas Condições “En-

frentando a nova condição” e “Vivenciando o desafio da reabilitação”, Ação/Interação “Encontrando motivação para a reabilitação” e Consequência “Adaptando-se à condição”.

Vivenciando o processo de reabilitação física

O processo de reabilitação gerou as necessidades de enfrentar a condição vivenciada com a deficiência, aprender a lidar com a nova condição e reconhecer que, muitas vezes, a reabilitação é um processo lento. Neste contexto, vivenciou-se o desafio da reabilitação, aprendendo-se os cuidados e ao mesmo tempo sentindo-se o desgaste desse processo.

No movimento de ações-interações, o apoio da equipe e das pessoas que vivenciam o mesmo processo trouxe motivação e força para a reabilitação.

Como consequência, a adaptação à condição ocorreu por meio do descobrimento de novos valores, ganhos na independência e superação do preconceito.

Enfrentando a nova condição

Diante da nova condição, buscou-se uma compreensão profunda do fenômeno e do processo de superação da deficiência e reabilitação. Os participantes enfrentaram a nova condição cientes de que a recuperação é gradual. Tanto para a pessoa com deficiência quanto para o cuidador principal, lidar com a nova condição foi um grande desafio, gerando sentimentos de desespero e impotência. Foi necessário realizar mudanças profundas no estilo de vida, exigindo esforço conjunto e uma luta contínua em busca de melhorias. Neste contexto, também houve sobrecarga e estresse, contrastando com a adaptação às necessidades de cuidado e estabelecendo uma organização para atender às demandas impostas pela dependência da pessoa com deficiência: *No início, estava desanimada, triste, lembrando da vida agitada que tinha. Ficar paralisada, depender totalmente dos outros (P7). A gente precisa voltar a fazer alguma coisa... ficar só sentado e deitado é terrível. Até agora a gente é muito dependente dos outros (P10). Ele tinha uma vida normal, era um menino, tinha*

um trabalho, namorada, amigos e de repente você saber que tudo isso acaba, eu fico triste (A7).

Os participantes entenderam que a reabilitação demanda força de vontade, esforço, persistência e dedicação, pois é um processo gradual. Aprenderam a controlar o desânimo e a pressa na evolução das limitações físicas: *Minha participação é 100% porque eu quero melhorar logo (P4). Às vezes a demora no processo é o que mais cansa. No meu caso, foi praticamente um ano desde o início. No final, acaba se tornando cansativo. Se não houver um objetivo claro, pode ser desanimador e até desistimos no meio do caminho (P10).*

Vivenciando o desafio da reabilitação

Vivenciar o desafio da reabilitação é parte integral do fenômeno, envolvendo a rotina de aprendizado dos cuidados e o enfrentamento do desgaste do processo.

Adaptar as atividades cotidianas e os cuidados às novas demandas mostrou-se crucial na experiência da reabilitação. Proporcionou segurança na rotina, ganhos em autonomia, independência e progresso na condição, aproximando-se do que era feito antes de a incapacidade se instalar: *No começo eu tinha mais medo de sair ferida no corpo, pegar uma infecção, foi difícil. Hoje, eu já sei o que fazer para não acontecer isso (A2). Tem muita coisa que eu não conseguia fazer e que tive independência, que elas me ensinaram... facilitou muito minha vida (P3). Trazer ele para o contexto dele novamente... fazer com que ele volte a desenvolver as atividades que ele desenvolvia em todos os locais de uma forma adaptada ou readaptada (E3).*

Os participantes relataram as dificuldades enfrentadas para manter o tratamento na reabilitação, considerando ser um processo cansativo, tanto pela necessidade de viagem para os atendimentos, como pelo tempo dispensado para sua participação nas atividades: *Acordo às 03h30, chego por volta das 06h para iniciar o atendimento às 8h. Depois, atividades até 12h. Às vezes, tenho transporte, outras espero na casa de apoio até o carro chegar. É cansativo. Nesse dia, acabo não me alimentando direito, desregula tudo, o horário, é tudo diferente (P10).*

Encontrando motivação para a reabilitação

Encontrando motivação para a reabilitação é uma ação e/ou interação do fenômeno, ou seja, vivência que se converte em motivação para o processo de reabilitação, quando as pessoas em reabilitação sentem o apoio da equipe e encontram forças no outro.

Os participantes descreveram vivenciar o sentimento de estímulo e cuidado durante o processo de reabilitação. As falas também revelaram que os entrevistados se sentiram fortalecidos com o apoio da equipe: *Equipe me transmite força, nunca desanimar. Às vezes a gente chega aqui desanimado e a pessoa começa a conversar, te coloca para cima (P7). Eu acho que as pessoas que trabalham aqui são bem acolhedoras. Tratam a gente tão bem que a gente pode conversar com eles como se fosse amigo, eles sabem conversar com a gente (P4).*

O contato com outros deficientes físicos mostrou-se favorável ao processo de reabilitação, sendo valorizado pelos participantes em relatos de sentimentos motivadores e compartilhamento, que geraram ânimo e força para dedicação e superação das dificuldades no processo vivenciado: *Aqui, encontro amigos que passaram pela mesma situação que eu. O que levo como experiência é a superação, aprendi muito com os próprios pacientes. Alguns estavam em situações mais difíceis e ainda mais determinados a se recuperar do que eu. Isso nos ensina muito (P3).*

Adaptando-se à condição

Adaptando-se à condição é a consequência do fenômeno, sendo vislumbrada ao descobrir novos valores, conquistar independência e superar o preconceito.

Os participantes relataram que a reabilitação lhes possibilitou repensar suas vidas e mudar seus valores, considerando-a até como uma lição de vida, que possibilitou o redescobrimto de outras prioridades, voltando o olhar à qualidade de vida e aos cuidados sobre o estado de saúde: *Fiquei muito assustada no primeiro dia... Para mim era uma realidade que eu não vivia, eu nunca tinha tido contato com esse tipo de coisa. Pra mim foi uma lição de vida. Você consegue dar valor a coisas que antes você não dava (P6). Quando cheguei, queria andar sem muleta. Depois percebi que o essencial*

não é isso. Hoje, uso muleta, mas dirijo, faço tudo sozinho, independente (P3).

Nesta categoria observou-se a percepção de ganhos que envolvem autonomia, autoestima e autoconfiança, o alcance de objetivos e a vivência da experiência de superação: *Imagina ouvir de um médico que você nunca mais vai andar, você vai ficar em cima de uma cama dependendo de outras pessoas e você ver que está conseguindo, que tem coisa que já consegue fazer sozinha...isso pra gente é uma alegria enorme (P7). Na reabilitação a gente trabalha para tentar produzir mais qualidade de vida para todos os nossos deficientes. Eu penso que reabilitar é tornar o paciente mais independente (E2).*

Na vivência do participante com a reabilitação, observa-se que foi necessária para ele a superação do próprio preconceito e a aceitação de sua condição, sendo que para isso contou com a ajuda dos profissionais: *Então, a psicóloga trabalhou bem pra mim esse lado, consegui superar essa parte (P3). Depois quando começou fazer fisioterapia, terapia ocupacional, foi gostando, começou pegar amizade com os outros pacientes que eram iguais (A6).*

Discussão

Por meio das perguntas disparadoras, abrimos espaço para os participantes compartilharem suas experiências com a deficiência e a reabilitação. Enfrentar essa nova realidade não é simples, especialmente com as limitações e dependência nas atividades diárias.

A deficiência coloca a pessoa diante de uma condição desafiadora e duradoura, muitas vezes permanente. Isso afeta a percepção de si mesmo, a adaptação à nova condição física e os relacionamentos. Múltiplos fatores influenciam a maneira como a vida é enfrentada. Lidar com as consequências da deficiência adquirida requer superações emocionais, sociais, culturais, de autoestima, sexualidade e imagem corporal, levando a reflexões profundas sobre a própria existência. Esse processo leva à reconstrução da identidade, adaptações e ressignificações⁽⁸⁻⁹⁾.

No relato dos participantes pode-se observar o sentimento de pesar pelo grau de incapacidade instalada, quase sempre de forma rápida e pela dependência de cuidados, os quais são dispensados por um

familiar, que passa a assumir tal atividade sem ter condições adequadas ou estar devidamente preparado para a nova tarefa. A dependência é tida como o símbolo do que foi perdido⁽¹⁰⁾, o que traz grande sofrimento e desafios.

Num contexto geral, a deficiência impõe uma reestruturação das condições de vida da pessoa com deficiência e familiares. É indiscutível que a presença da deficiência física em um indivíduo vai repercutir também nos familiares e nas pessoas à sua volta, os quais também deverão elaborar o luto, exigindo assim, a reorganização de todos⁽¹¹⁾.

Alguns dos entrevistados compreendem que a reabilitação tem como objetivo principal a independência das pessoas com deficiência, ou seja, existe a intenção de melhora física direta, mas também há grande possibilidade de ser necessária adaptação às sequelas residuais da lesão. Assim como evidenciado nos relatos dos participantes, a busca pela independência vai muito além de um processo tranquilo e amoroso. Mudanças na qualidade de vida, por exemplo, tanto da pessoa com deficiência como do cuidador, acabam tornando esse processo longo e doloroso, e fazendo do cuidado uma mistura de sentimentos.

O cuidado diário, embora crucial, pode gerar estresse e sobrecarga para os cuidadores. Essa ambiguidade de sentimentos é destacada por vários autores. Por um lado, a provisão contínua de cuidados pode levar à fadiga, enquanto, por outro lado, fortalece os laços emocionais devido à proximidade e ao mútuo sentimento de cuidado. Além disso, o próprio processo de reabilitação e as melhorias alcançadas podem servir como um estímulo para o cuidador, especialmente em situações onde o investimento de tempo é prolongado e a atividade é vital para a sobrevivência da pessoa assistida⁽¹⁰⁾.

Aprender a lidar com a nova condição e aceitar a lentidão da recuperação trazem sentimentos de desespero e impotência, exigindo esforço conjunto e contínua luta. Há o reconhecimento de que os ganhos funcionais são gradativos e quase imperceptíveis, gerando frustrações ao longo do caminho⁽¹²⁾. A reabilitação também suscita representações ambíguas,

principalmente por ser um processo lento que envolve progressos e perdas e por envolver diferentes profissionais, família e a pessoa com deficiência, gerando, em alguns momentos, motivação, satisfação, esperança e expectativa, com uma busca incessante por melhorias, e em outros, medo, frustração, raiva, tristeza, desânimo e cansaço^(10,13). Mulheres com deficiência física atendidas pelos profissionais de uma unidade básica de saúde experienciaram sentimentos negativos, tais como medo, insegurança, restrição de acessibilidade e ausência de contato com os profissionais e o serviço⁽¹⁴⁾.

Apesar das dificuldades na reabilitação, os participantes, tanto cuidadores quanto pessoas com deficiência, expressam alegria ao perceberem melhorias no processo. Os cuidadores, devido à proximidade constante, são sensíveis a qualquer progresso. Acompanhar estas conquistas lhes proporciona motivação para continuar, visto que percebem sua dedicação como um fator contribuinte. Além disso, ao se sentirem mais amparados, os cuidadores podem experimentar certo alívio na sensação de sobrecarga, mesmo diante das responsabilidades contínuas⁽¹⁵⁾. Aprender como readaptar as atividades da rotina diária, e os cuidados diante das novas demandas, mostrou-se como algo importante no processo de reabilitação, permitindo maior segurança na realização dos cuidados e ganhos de autonomia.

As falas dos participantes referem ganhos nas atividades da rotina diária, cognitivos, e de comunicação, trazendo à tona novamente o fato de que a reabilitação é um processo que exige motivação e persistência. Observa-se, assim, uma trajetória permeada por profundas mudanças na vida da pessoa, que culminam em experiências de adaptação e superação nos aspectos pessoais, nos afazeres diários e na mobilidade, entre outros.

Destaca-se assim, que a reabilitação deve ser traçada como um processo singular, com a própria pessoa, favorecendo seu engajamento nas atividades. No entanto, isso dependerá do interesse, motivação e tempo que cada pessoa tem para confrontar e buscar minimizar suas dificuldades funcionais, além de um

trabalho interdisciplinar harmonioso^(12,16).

Neste contexto, o apoio da equipe, por meio do acolhimento e vivência, mostrou-se determinante para superar as dificuldades em manter o acompanhamento. O acolhimento acontece por meio de uma escuta qualificada, voltada para as reais necessidades dos sujeitos, ampliando as possibilidades de atenção sem perda do cuidado técnico especializado, e ampliando a percepção de necessidades biopsicossociais a partir da atuação interdisciplinar na lógica da integralidade da atenção^(13,17).

Segundo as diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o acolhimento constitui elemento de cuidado essencial para a reorganização dos serviços de saúde e expressa as relações estabelecidas entre as pessoas e os profissionais⁽¹⁸⁾. Trata-se de um diferencial no processo de reabilitação, caracterizando-se pela dedicação no cuidado, atenção, carinho, respeito e pelas boas conversas que estimulam a caminhada, estabelecendo uma relação de confiança e de correspondência⁽¹²⁾.

Os deficientes físicos relataram que a principal fonte de ânimo e superação para a reabilitação está na força da convivência com outros deficientes, de onde, por meio de lutas diferentes ou semelhantes, julgadas como “melhores” ou “piores”, advêm crescimento e força para lutar. O contato com outras pessoas em situações semelhantes ou mais complexas os torna mais resilientes diante das adversidades, renovando as esperanças de recuperar o papel e o status no contexto familiar e social⁽¹²⁾.

Compartilhar experiências com outros deficientes físicos, espelhar-se em quem passou por situações similares, e perceber-se como parte de um grupo solidário e compreensivo são suportes vitais para a reintegração social. Observar outras pessoas realizando atividades diárias auxilia na adaptação e motiva a desenvolver habilidades para uma vida autônoma. Portanto, os autores enfatizam a relevância dos atendimentos em grupo oferecidos nos centros de reabilitação física⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A reabilitação permite ao deficiente físico repensar a vida, reavaliar valores e descobrir novas prioridades, promovendo uma melhor qualidade de vida. Há uma mudança na perspectiva e na forma como encaram a vida e a deficiência. Alguns expressam discursos sobre ressignificação a partir da deficiência e do processo de reabilitação.

O objetivo primordial do processo de reabilitação é aprimorar a funcionalidade e, sobretudo, a qualidade de vida. Considerando que a percepção pessoal desempenha um papel crucial nesse aspecto, é imperativo que profissionais de saúde, familiares e a própria pessoa com deficiência dediquem atenção significativa à redefinição da condição. Este processo é gradual e resulta da compreensão do luto, da adaptação a novos papéis, das perdas e dos ganhos decorrentes da deficiência⁽¹³⁾.

A experiência de superação, considerando os ganhos, mostrou-se como algo marcante, com significações muito positivas da experiência de reabilitação. A realização de atividades de autocuidado traz a imagem de dignidade e diminui a dependência da pessoa com deficiência, além de simbolizar uma melhora aos olhos dos cuidadores, que, por sua vez, sentem-se recompensados ao perceber a melhora de seu familiar, como um reflexo direto de sua função cuidadora^(11,19).

Considerando que a reabilitação prima pela transfiguração do cotidiano, visando trabalhar com o que se tem “hoje” de habilidade preservada para atingir a maior independência possível dentro do potencial funcional de cada indivíduo, na melhor adaptação à sua nova condição, pôde-se observar, nos relatos dos participantes, ganhos de independência que refletiram em várias áreas, como autoestima e autoconfiança, sendo este o objetivo da reabilitação⁽²⁰⁾.

Os dados desta pesquisa trazem reflexões importantes sobre as práticas assistenciais e orientam ações mais eficazes para atender às necessidades dessas pessoas, evidenciando a experiência do processo de reabilitação. Destaca-se a importância de formar profissionais de enfermagem sensíveis para assistên-

cia resolutiva, humanizada, inclusiva e de alta qualidade às pessoas com deficiência física.

Limitações do estudo

Limitações do estudo incluem a possibilidade de interpretação subjetiva na aplicação da TFD, a complexidade do método e o potencial viés de confirmação. Quanto à composição amostral, podem surgir desafios de representatividade, tamanho e possíveis vieses na seleção dos participantes. Em relação às técnicas de coleta e análise de dados, a qualidade é crucial, e um treinamento adequado é essencial para evitar vieses do pesquisador.

Outra limitação é a falta de validação do modelo teórico pelos participantes, o que pode impactar a generalização dos resultados para além do contexto específico do estudo. Também questionamos a experiência de pessoas com deficiência física, que podem não ter acesso aos serviços de reabilitação multidisciplinar, visto que esse processo engloba a atenção à saúde em sua totalidade.

Contribuições para a prática

O modelo teórico tem uma abordagem inovadora na descrição e categorização das diferentes fases e componentes do processo de reabilitação física em pessoas com deficiência. Ele destaca a importância de enfrentar a nova condição, vivenciar os desafios da reabilitação, encontrar motivação e, por fim, adaptar-se à nova condição. Além disso, enfatiza a importância do apoio da equipe de profissionais de saúde e do contato com outros indivíduos que estão passando pelo mesmo processo. Essa abordagem proporciona uma visão abrangente e holística do processo de reabilitação, enriquecendo a compreensão deste fenômeno complexo.

A aplicação deste modelo teórico pode promover uma abordagem mais abrangente e eficaz no processo de reabilitação, levando a melhores resultados e a uma maior qualidade de vida para os pacientes com deficiência.

Conclusão

O processo de reabilitação é crucial para melhorar a vivência e o estado de saúde das pessoas com deficiência física. O modelo teórico “Vivenciando o Processo de Reabilitação Física” demonstrou que enfrentar a nova condição e os desafios associados a ela é fundamental. Isso leva o indivíduo a aprender a lidar com a deficiência, envolvendo o aprendizado de cuidados e reconhecendo que a reabilitação é, muitas vezes, um processo lento e desgastante. A motivação e a força para a reabilitação são encontradas no apoio da equipe e das pessoas que estão passando pelo mesmo processo, o que facilita a adaptação à condição. Isso resulta na descoberta de novos valores, ganhos de independência e superação de preconceitos.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todas as partes do manuscrito: Pereira NS, Alarcon MFS, Selleti JDN, Marin MJS.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida [Internet]. 2021 [cited Aug 12, 2023]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>
2. Maisonnet M, Agazzi MD, Lamonato C. Aprendizagem diante de uma deficiência física. *Unoesc Ciênc* [Internet]. 2020 [cited Ago 18, 2023];10(2):111-20. Available from: <https://periodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/20376>
3. Sharma P, Maurya P, Muhammad T. Number of chronic conditions and associated functional limitations among older adults: cross-sectional findings from the longitudinal aging study in India. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):664. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02620-0>

4. Isaacs-Itua A, Wong S. Stroke rehabilitation and recovery. *Br J Hosp Med*. 2021;82(9):1-7. doi: <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0701>
5. Bonfim F. Psicanálise e reabilitação física. *Psicol Ciênc Prof*. 2019;39:e130355. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003130355>
6. Soligo C, Sebben AA. Lesão medular traumática: mudanças biopsicossociais e suas consequências. *Unoesc Ciênc* [Internet]. 2019 [cited Aug 25, 2023];10(1):67-74. Available from: <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/16759>
7. Charmaz KA. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise quantitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Santos J, Martins M, Campos C. A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Rev Port Enf Reab* [Internet]. 2020 [cited Ago 25, 2023];3(2):36-43. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/62>
10. Matos MFG, Simões JAG. Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Rev Port Enf Reab* [Internet]. 2020 [cited Aug 25, 2023];3(2):11-9. Available from: <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/59>
11. Gomes ACD, Carvalho CS, Lages MMS, Santos RR, Santiago RF. O impacto da humanização na vida e na saúde do indivíduo com deficiência. *Rev Enf UFJF*. 2022;6(2):1-7. doi: <https://dx.doi.org/10.34019/2446-5739.2020.v6.34509>
12. Pereira RSS, Martins MM, Machado WCA, Pereira AI, Pereira MAS, Chesani FH. Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: revisão integrativa. *Rev Port Enf Reab* [Internet]. 2020 [cited Aug 25, 2023];3(2):86-95. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/68>
13. Oliveira TKP, Paraná CMOB. Deficiência física adquirida e aspectos psicológicos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Psicol Saúde*. 2021;13(2):97-110. doi: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1212>
14. Araújo RF, Coura AS, Carvalho IJSA, Farias RGC, Aragão JS, França ISX. Nurse perception regarding cytopathological exams in physically disabled women. *Rev Rene*. 2023;24:e81786. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232481786>
15. Heider G, Atchabahian LG, Gambero Y, Herrera C, Suárez S, Sciuto S, et al. Participación em la comunidade en personas con patologías neurológicas luego de la rehabilitación: estudio multicêntrico en Argentina. *Rev Fac Cienc Med Univ Nac Cordoba*. 2022;79(1):19-25. doi: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n1.32198>
16. Mutai H, Wakabayashi A, Suzuki A, Furukawa T. Factors affecting changes in social activities of people with stroke living in the community: follow-up 1 to 3 years after being discharged home. *Asian J Occup Ther*. 2020;16(1):19-27. doi: <https://doi.org/10.11596/asiajot.16.19>
17. Marques MAN, Ferreira DC. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes com deficiência física e em reabilitação. *Rev FSA*. 2020;17(4):146-58. doi: <https://doi.org/10.12819/2020.17.4.9>
18. Tholl AD, Nitschke RG, Veigas SMF, Potrich T, Marques-Vieira C, Castro FFS. Strengths and limits in the daily life of the adherence to rehabilitation of people with spinal cord injury and their families. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190003. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0003>
19. Vaz DV, Antunes AAM, Furtado SRC. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(4):917-28. doi: <https://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1651>
20. Bandeira CLJ, Arboit J, Honnef F, Silva EB, Andrade A, Costa MC. Violence in rural areas against disabled people from the perspective of their families. *Rev Bras Enferm*. 2023;76:e20220404. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0404>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons