

## A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: um estudo exploratório\*

*Body image of individuals with non-congenital  
paraplegia: an exploratory study*

MARIANA TAVARES DE CAMPOS\*\*

HILDA ROSA CAPELÃO AVOGLIA\*\*\*

EDA MARCONI CUSTÓDIO\*\*\*\*

### RESUMO

A sociedade atual está organizada para indivíduos física, intelectual, social e emocionalmente perfeitos. Conseqüentemente, pessoas com deficiência encontram cada vez mais dificuldade em se adaptar. Assim, este estudo tem como objetivo verificar a representação do próprio corpo em indivíduos com deficiência física, especificamente com paraplegia não congênita. Participaram do trabalho dois adultos jovens, do sexo masculino, com idades entre 20 e 25 anos, com paraplegia não congênita há cinco anos. Inicialmente foi realizada uma entrevista semi-estruturada e, posteriormente, a aplicação individual do Teste do Desenho da

---

<sup>1</sup> Baseado no trabalho de conclusão do curso de graduação em Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo e mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. E-mail: mari\_tcampos@hotmail.com.

<sup>3</sup> Psicóloga, mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo, doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento pela Universidade de São Paulo e docente supervisora da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo. Orientadora do presente estudo. E-mail: hilda.avoglia@metodista.br .

<sup>4</sup> Psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, docente, supervisora da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo e docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Co-orientadora do presente estudo. E-mail: edamc@cebinet.com.br .

Figura Humana (DFH), conforme Van Kolck (1984). Os resultados indicaram que os participantes vivem um conflito sexual representado pela divisão do corpo em zonas do tronco superior e inferior. Observou-se, ainda, o surgimento de mecanismos defensivos para minimizar suas dificuldades diante do próprio corpo. No que se refere à imagem corporal, esta parece alterada e permeada por sentimentos de falta de confiança em si, nostalgia, atitude de expectativa diante da vida e desejo de obter aprovação social. O presente estudo pode fornecer subsídios para o planejamento de uma intervenção multidisciplinar mais efetiva, bem como referendar ações psicológicas na área da deficiência, visando à adaptação desses indivíduos e à promoção de sua qualidade de vida.

*Palavras-chave:* Imagem corporal – Deficiência física – Paraplegia – Teste do desenho da figura humana.

## ABSTRACT

Society is organized by standards of physical, intellectual, social and emotional perfection. Consequently, people with disabilities have increasing difficulties in adaptation. This study aims at examining the body image of people with physical disabilities, specifically with non congenital paraplegia. Two young males, aged between 20 and 25 years, both with five years of history of non congenital paraplegia took part in this study. First they were submitted to an interview and then to Van Kolck's Human Figure Drawing (HDF). Results showed both subjects had a sexual conflict evidenced by the division of the body into two areas: the upper and lower trunk. It was evidenced the emergence of defensive mechanisms to minimize their difficulties with their own bodies. Their body images seemed altered by a sense of lack of confidence in themselves, an attitude of expectancy towards life, nostalgia and need to obtain social approval. This study may provide subsidies for the development of more effective multidisciplinary intervention and enforce the need of psychological actions towards physical disabilities, in order to promote the adaptation and life quality of these individuals.

*Keywords:* Body Image – Physical disabilities – Paraplegia – Human figure drawing.

Ao longo dos anos, diversos estudos transformaram e colaboraram para definir o conceito de imagem corporal utilizado atualmente. Trata-se de um conceito importante, na medida em que sua compreensão permite o trabalho de conteúdos específicos, de uma maneira eficaz, compreendendo o corpo sob uma visão mais ampla.

Abordar o tema corpo em psicanálise pode parecer super-rogatório, afinal, para Costa (2004) toda psicanálise é do “corpo”. A discussão, no entanto, é justificada pelo autor pela importância que os novos

sintomas corporais vêm ganhando na prática clínica. De modo esquemático, afirma que tais sintomas agrupam-se em dois grandes conjuntos: 1) transtornos na percepção da imagem corporal, como distúrbios alimentares, compulsão por correção estética, entre outros, e; 2) abusos na exploração das sensações corporais; neste caso, fala-se de dependências químicas de drogas lícitas ou ilícitas.

De acordo com Gorman (1965 apud BARROS 2005), a história do estudo da imagem corporal iniciou-se no século XVI, na França, com o médico e cirurgião Ambroise Paré que percebeu a existência do membro fantasma caracterizando-o como a alucinação de que um membro ausente estaria presente. O mesmo autor afirma ainda que três séculos depois, Weir Mitchell, da Filadélfia (EUA), demonstrou que a imagem corporal (sem utilizar esse termo) pode ser modificada sob tratamento ou em condições experimentais.

Entretanto, foi na escola britânica que os estudos sobre imagem corporal aprofundaram-se, segundo Fisher (1990, apud BARROS, 2005), tanto nos aspectos neurológicos quanto nos fisiológicos. O autor expõe que o neurologista Henry Head, do London Hospital, foi o primeiro a usar o termo “esquema corporal” e também o primeiro a construir uma teoria segundo a qual, cada indivíduo constrói um modelo ou figura de si mesmo que constitui um padrão contra os julgamentos da postura e dos movimentos corporais.

Segundo Barros (2005), contudo, a maior contribuição nesta área foi dada por Paul Schilder, que desenvolveu sua experiência tanto na neurologia como na psiquiatria e na psicologia. Schilder divergiu de Head, especialmente ao integrar o nível psíquico, a personalidade, aos níveis anatomo-fisiológicos já admitidos (PENNA, 1990).

Schilder (1980) considera a imagem corporal um fenômeno multifacetado. Em suas investigações, analisou este conceito, não apenas no contexto do orgânico, mas também na psicanálise e na sociologia. Em sua definição de imagem corporal, diz que esta se refere não unicamente a uma construção cognitiva, mas também a uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros. Uma de suas mais importantes contribuições foi a introdução da idéia de que a imagem do corpo não é constituída somente por fatores patológicos, mas também engloba eventos diários que igualmente contribuem para a sua construção.

Segundo Schilder (1980), quando percebemos ou imaginamos um objeto, não operamos meramente como agentes perceptivos, mas como personalidades em comunicação com o meio ambiente. Sem menosprezar os dados neurológicos (que descrevem a ação mecânica nas estruturas perceptivas e cognitivas), o mesmo autor postula, apoiando-se na psicanálise, que a percepção é um processo no qual a pessoa está envolvida por inteiro e, portanto, cada movimento humano, qualquer gesto simples pode ser “lido” como linguagem do corpo, podendo revelar aspectos da vida interior do sujeito.

Neste sentido, o uso do termo “imagem corporal” começa a surgir acompanhado de algumas considerações a respeito de qual seria o termo correto: “esquema” ou “imagem corporal”.

Observa-se a predominância do termo “esquema corporal” na neurologia e de “imagem corporal” nos meios da psicologia (BARROS, 2005). Contudo, Le Boulch (1992 apud BARROS, 2005, p. 549) afirma que “a ambigüidade introduzida por esta dupla terminologia cria a impressão de que existiriam um corpo neurológico e, por outro lado, um corpo espiritual e teria que se fazer esforço para unir os dois corpos”.

Todavia, alguns autores acreditam que realmente há uma diferença entre os termos citados anteriormente. Entre estes, Rodrigues (1987 apud Barros 2005), preocupado com essa distinção, alega que esquema corporal é como uma estrutura neuromotora que permite ao indivíduo estar consciente de seu próprio corpo físico, ajustando-se às solicitações de situações novas e desenvolvendo ações de forma adequada.

Na vida prática, Costa (2004) afirma que continuamos a distinguir expressões físicas e expressões mentais do corpo. Segundo o autor, ninguém confunde, por exemplo, atos mentais como amar e respeitar com atos físicos como respirar e andar. O fato de não assimilarmos o físico ao anátomo-fisiológico e de mostrarmos a continuidade entre o primeiro e as atividades mentais não significa anulação da lacuna fenomênica existente ambos. O físico e o mental estão, sem dúvida, em continuidade um com o outro. Entretanto, deve-se entender que continuidade não é homogeneidade (COSTA, 2004).

Para Dolto (2004) também não se deve confundir “imagem do corpo” com “esquema corporal”. Esquema corporal é o corpo, ou melhor, o mediador organizado entre o sujeito e o mundo físico, confirma a autora. É a abstração de uma vivência do corpo nas três dimensões da

realidade; estrutura-se pela aprendizagem e pela experiência. Esse esquema específica o indivíduo enquanto representante da espécie, qualquer que seja o lugar, a época ou as condições nas quais ele vive. Ou seja, é, em princípio, o mesmo para todos os indivíduos da espécie humana. Em parte é inconsciente, mas também pré-consciente e consciente. A “imagem corporal”, por sua vez, é, segundo Dolto (2004), peculiar a cada um e está ligada ao sujeito e à sua história de vida. A autora sugere que a imagem corporal é específica de uma libido em situação, ou seja, de um tipo de relação libidinal. Argumenta que é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetidamente vividas por meio das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais.

Cada um elabora a imagem de seu corpo à sua própria maneira, enfatizando ou modificando as diferentes partes em função dos mecanismos de sua personalidade e de toda a sua vivência passada e presente, assegura Van Kolck (1984). Sendo assim, a “imagem corporal” é, para Dolto (2004), viva, em situação dinâmica, simultaneamente narcísica e inter-relacional: camuflável ou atualizável na relação aqui e agora.

A imagem corporal seria um fato mental com todas as qualidades deste tipo de fato: intencionalidade, privacidade e representacionalidade. Neste sentido, a imagem do corpo seria intencional por implicar obrigatoriamente a referência a um outro que lhe é exterior e que compele ou solicita o sujeito a se representar de uma ou outra maneira. Seria privada por ser concomitante à existência ou à emergência do eu. Qualquer imagem do corpo é, *ipso facto*, experimentada como exclusiva de “um só eu”. Não existe imagem corporal sem um eu que a reconheça como “sua propriedade”. Por fim, seria representacional pelo fato de ser composta de elementos icônicos e descritivos, cujo sentido pressupõe um mínimo de competência lingüística. A imagem do corpo seria, em última instância, lingüisticamente organizada, de modo reflexivo ou pré-reflexivo, consciente ou inconsciente (COSTA, 2004).

Tanto Schilder (1980) quanto Damásio (2001) entendem que a noção do corpo estrutura-se nas suas linhas gerais ao longo da infância e acrescentam que esta se projeta em uma permanente evolução dialética durante toda a existência do ser humano.

Para Schilder (1980), a imagem corporal é, em seu resultado final, uma unidade. Contudo, ressalta que essa unidade não é rígida, mas passível de transformações. De acordo com Van Kolck (1984), esta

unidade é adquirida e não dada, além de poder ser destruída e implica em um esforço contínuo para oferecer uma estrutura a algo dinâmico. A unidade refere-se à possibilidade de junção das variadas relações e experiências que desenvolvemos ao longo de nossa vida, buscando sentido através de uma totalidade corporal e imagética de nós mesmos em constante modificação (BARROS, 2005).

O corpo é simbolizado na estrutura cerebral por meio de realidades funcionais, mentais ou neurais, conforme Damásio (2001). Algumas representações corporais permanecem não conscientes, enquanto outras se tornam conscientes. O autor ainda afirma que o corpo contribui para o cérebro com algo mais do que a manutenção da vida. Ele também contribui com um conteúdo indispensável para o funcionamento da mente normal. O corpo, como é representado no cérebro, pode constituir o modelo imprescindível para os processos neurais, para as interpretações do mundo externo, para a construção da subjetividade, para o processamento de emoções e sentimentos, para a busca de fonte de sobrevivência e de um equilíbrio funcional na manutenção da homeostase.

Essa relação colocada por Damásio (2001) é explicitada por Tardivo, Rizzini, Paulo e Fráguas (1999) a partir de uma pesquisa realizada com 80 pacientes, com idades entre 17 e 73 anos, diagnosticados com depressão secundária. De forma geral, todos os pacientes investigados revelaram seu sofrimento por meio da utilização de uma técnica projetiva gráfica. A referida pesquisa conclui que esses pacientes necessitam de apoio e assistência psicológica, além da assistência médica que já recebem, uma vez que mostram no corpo sua dor, apresentando, assim, uma imagem corporal bastante prejudicada.

É em função da nossa imagem do corpo, sustentada e cruzada com o esquema corporal, que podemos entrar em comunicação com outrem, pois é na imagem corporal, suporte do narcisismo, que o tempo cruza com o espaço, e que o passado inconsciente ressoa na relação presente (DOLTO, 2004). Assim, para Damásio (2001), o organismo, pela parceria cérebro-corpo, interage com o ambiente em conjunto, não sendo uma interação só do corpo ou só do cérebro. Ou seja, o psiquismo e a motricidade fazem parte de um organismo total, de uma corrente de interação.

De maneira ilustrativa, na concepção neuropsicológica, o mesmo autor comenta que se um indivíduo cortasse todos os sinais do cérebro

para o corpo, seu estado do corpo se alternaria bruscamente e, como consequência, o mesmo sucederia com sua mente. Argumenta ainda que, caso desligasse apenas os sinais do corpo para o cérebro, sua mente também se alteraria. Para ocasionar alterações no estado mental, o autor sugere que basta a ocorrência de um bloqueio parcial do circuito cérebro-corpo, como acontece em doentes com lesões na medula espinal.

A relação corpo-cérebro pode ser percebida por meio de uma pesquisa realizada pelos americanos Noble, Prince e Gilder (1954, apud VAN KOLCK, 1973) com 66 adultos amputados de guerra. O citado estudo correlacionou a imagem corporal destes indivíduos com a entrevista clínica e, comparando-os com outro grupo de pacientes neurológicos com alguma perda de função em uma ou mais extremidades, mas não amputadas, encontraram nos dois casos evidências de ansiedade de castração, sentimentos agressivos, passividade e desejo de independência. A análise dos dados, obtidos por meio do desenho da figura humana, mostrou que, em praticamente todos os amputados houve alterações no desenho das extremidades. Pacientes considerados pouco adaptados à perda de seu membro tenderam a desenhar seu membro ausente maior que o oposto ou com sinais de ênfase, enquanto os bem adaptados fizeram a extremidade amputada menor ou a omitiram.

A compreensão dos aspectos psicológicos das doenças pressupõe, para Novaes (1975), o conhecimento das relações existentes entre as funções psíquicas e somáticas, tendo a psicologia contribuído muito através da investigação e da análise dos comportamentos dos indivíduos enfermos, formulando teorias que procuram explicar a interdependência dos fenômenos físicos e mentais.

Especificamente a esse respeito, Van Kolck (1984) comenta que, sendo a imagem corporal o produto de um organismo vivo como um todo, uma alteração em uma parte do corpo devido a uma doença ou mal físico, por exemplo, não introduzirá modificações na imagem corporal apenas referente a essa parte; a mudança será geral, pois resultará de novas relações do indivíduo consigo mesmo e com os outros.

A dor é caracterizada por Novaes (1975) como uma estreita relação entre o indivíduo e seu corpo. A autora argumenta que em certo sentido “somos o nosso corpo” e “temos um corpo”, daí a interligação entre o eu e o corpo. A vivência da dor aparece na zona onde o “ter” um corpo evolui para o “ser” um corpo.

Dolto (2004) afirma ainda que golpes orgânicos precoces podem provocar perturbações no esquema corporal, e estas, por falta ou interrupção das relações “linguageiras”, podem conduzir a modificações passageiras ou duráveis, por toda a vida, da imagem do corpo. No entanto, é freqüente que o esquema corporal enfermo e uma imagem corporal sã do corpo coabitem em um mesmo sujeito. Quando uma criança é atingida por uma enfermidade é necessário que seu déficit físico lhe seja explicitado com referência a seu passado não enfermo ou, ainda, se for o caso, à diferença congênita entre ela e as outras crianças. É importante também que ela possa, pela linguagem mímica e pela palavra, expressar e fantasmear seus desejos, quer sejam eles realizáveis ou não, segundo este esquema corporal enfermo (DOLTO, 2004).

Assim, uma criança paraplégica tem necessidade de brincar verbalmente com a mãe, de acordo com Dolto (op. cit.), falando sobre atividades como correr, saltar, coisas que sua mãe sabe, assim como ela mesma, que jamais poderá realizar. Ela projeta uma imagem sã do corpo, simbolizada pela palavra e pelas representações gráficas, em fantasmas de satisfações eróticas, na troca de sujeito para sujeito. A mesma autora comenta ainda que, se os desejos da criança forem falados a alguém que os aceite em um jogo projetivo, isto pode permitir ao sujeito integrar na linguagem tais desejos, apesar da realidade, ou seja, da enfermidade de seu corpo. A linguagem traz à criança as descobertas de meios pessoais de comunicação. Assim, sua imagem do corpo pode ser inteiramente sã e permitir uma linguagem de comunicações inter-humanas tão completas e tão satisfatórias para ela quanto as de um indivíduo não-enfermo. É o caso de Denise Legrix, mulher-tronco, autora do livro *Née comme ça*<sup>1</sup>, que, doente de nascença, foi amada por seu pai, sua mãe e pelo meio social.

Todavia, segundo Amiralian (1986), a representação mental que uma pessoa tem de seu corpo e suas partes é um elemento básico da formação do autoconceito, e o desenvolvimento deste também é dificultado ao sujeito divergente, tanto porque o âmbito de suas experiências é mais limitado, o que o impede de um maior conhecimento de seu próprio corpo, como também porque as percepções de sua imagem refletida no espelho são freqüentemente negadas aos indivíduos excep-

---

<sup>1</sup> Paris, Kent-Segep, 1972.



cionais. Ressalta que nos casos de sujeitos com perdas ocorridas posteriormente, a reformulação da auto-imagem é uma tarefa difícil. A aceitação de um corpo mutilado frequentemente se relaciona com sentimentos de menos valia.

Para Novaes (1975), indivíduos com deficiências sensoriais apresentam dificuldades em integrar seu esquema corporal, decorrendo, muitas vezes, deformações imaginadas e dificuldades de ajustamento da personalidade.

Um dos principais aspectos psicológicos a se considerar no processo de reabilitação é o da aceitação da incapacidade pelo indivíduo, pois muitas vezes ele está fixado à imagem do que era antes da doença e não consegue ajustar-se a seu novo estado físico. Muitos enfermos, mal informados sobre suas limitações físicas, vivem na ilusão de um dia tornarem a ser o que eram anteriormente, não enfrentando a realidade de sua enfermidade (NOVAES, 1975).

Neste sentido, a autora destaca a necessidade de adaptação, compreendendo-a como um processo unitário e total das funções psíquicas que se evidencia pelo esforço significativamente coerente da personalidade na determinação de sua conduta, estabelecendo uma relação adequada ao mundo no qual está inserido. Aceitar-se como deficiente implica, segundo a autora, uma confrontação com valores sociais negativos incorporados pelo indivíduo antes do advento traumático.

Sendo assim, os problemas de ajustamento dos sujeitos excepcionais não são decorrentes apenas de sua condição intrínseca, mas primordialmente, da necessidade destes indivíduos se ajustarem a uma sociedade e uma cultura organizadas para sujeitos física, intelectual, social e emocionalmente perfeitos. Isto porque através dos tempos, o excepcional vem sendo considerado de diferentes maneiras, sempre relacionadas aos valores sociais, morais, filosóficos, éticos e religiosos, isto é, relacionados ao modo pelo qual o homem é visto e considerado nas diferentes culturas (AMIRALIAN, 1986).

Segundo Novaes (1975), pode-se dizer que desajustado é o indivíduo que, por um lado, não se adaptou às exigências e limitações impostas pela realidade e, por outro, não usou meios e recursos para modificar essa realidade a fim de torná-la aceitável e passível de adaptação.

Como afirma Amiralian (1986), a própria designação do grupo como “excepcional”, “divergente”, “anormal”, em algumas características específicas, supõe que a sociedade seleciona certos atributos e

normas, considerando-os desejáveis. Assim, aqueles indivíduos que fogem aos padrões estabelecidos nestas normas são considerados divergentes e tratados como tais.

O avanço real ou idealizado da ciência e da tecnologia mudou o perfil da idealização da imagem corporal. Até pouco tempo, buscava-se alcançar no futuro a perfeição mítica do passado sentimental. Hoje se imagina que a perfeição será conseguida pela perfeição física prometida pelas novas tecnologias médicas. O sujeito contemporâneo padece de um fascínio crônico pelas possibilidades de transformação física anunciadas pelas próteses genéticas, químicas, eletrônicas ou mecânicas (COSTA, 2004).

Estas considerações nos levam a assinalar que, conforme Amiralian (1986), o aspecto fundamental e característico a todos os excepcionais é o fato de serem desviantes naquelas características valorizadas em determinada cultura, e não tanto em suas características orgânicas, sendo as respostas específicas do meio ambiente mais importante que elas.

A mesma autora ainda afirma que os indivíduos excepcionais aprendem os supostos padrões de comportamento e atitudes que devem adotar em suas relações pessoais com as pessoas “normais” e com as organizações que existem para os servir e ajudar. Raros são os indivíduos excepcionais que podem ignorar as crenças estereotipadas mantidas pelos “normais”. Na realidade, alguns passam a acreditar nestes estereótipos e os interiorizam, outros se defendem deles de diversas formas. Em ambos os casos, tais crenças constituem um fato com o qual as pessoas deficientes se confrontam.

De acordo com Fromm (1974), um indivíduo representa a raça humana. Ele é um exemplo específico da espécie humana; ele é “ele”, é “todo”; ele é um indivíduo com suas peculiaridades e, nesse sentido, sem igual, mas ao mesmo tempo representativo de todas as características da raça humana. Sua personalidade individual é determinada pelas particularidades da existência humana, comuns a todas as pessoas.

A personalidade, neste caso, é definida por Novaes (1975) como a síntese individual e dinâmica que integra experiências vitais, podendo-se considerar que atitudes de isolamento, oposição ou passividade são modalidades adaptativas decorrentes de situações de enfermidade. Ainda segundo a autora, os conflitos interpessoais traduzem-se por atitudes rígidas, distorções perceptivas, falta de comunicação e fechamento da personalidade às experiências de vida, muito comuns nos enfermos.

Diversos estudos demonstram que a percepção de como somos vistos e avaliados pelos outros se constitui em um fator fundamental do autoconceito e do comportamento. De acordo com Schilder (1980), o efeito social da percepção da deficiência pelos outros desempenha papel relevante na imagem corporal do indivíduo acentuando-se nos casos de deficiência mais perceptiva. Assim, a consideração social dos indivíduos excepcionais como diferentes, e por esta razão com comportamentos e atitudes distintos do maioria, por este motivo inadequados, leva-os a comportamentos decorrentes deste fato (AMIRALIAN, 1986).

Uma atitude definida como primordial e fundamental em relação aos indivíduos excepcionais é a discriminação, assegura Amiralian (1986). Em outras palavras, seja física ou psicologicamente, os indivíduos excepcionais são isolados ou tratados de forma diferente em suas relações interpessoais. Esta atitude, argumenta a autora, pode ter várias explicações; uma delas é que o indivíduo divergente constitui uma ameaça às normas e valores estabelecidos e, por este motivo, os indivíduos comuns não sabem como se relacionar com o sujeito cego, com deficiência física ou homossexual. As relações sociais com estes indivíduos são frequentemente carregadas de ansiedade, embaraço e desconforto.

Estes sentimentos causam no indivíduo desviante dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, além de propiciarem mecanismos para procurar minimizar estas dificuldades (AMIRALIAN, 1986). Alguns mecanismos de defesa são continuamente mencionados na literatura sobre o ajustamento à incapacidade. De acordo com Novaes (1975), estes mecanismos serão positivos quando a personalidade se beneficiar de sua utilização adequada e negativos quando seu emprego abusivo ou inadequado resultar em prejuízos para a personalidade.

A negação, projeção, formação reativa e regressão, segundo Amiralian (1986), parecem ser mecanismos usados com frequência pelos sujeitos excepcionais. Novaes (1975) complementa esta idéia afirmando que a repressão, sublimação, identificação, racionalização, fuga na fantasia e compensação também são mecanismos utilizados constantemente por pessoas com deficiência.

A negação é definida por Amiralian (1986) como a recusa da percepção de um fato que se impõe no mundo exterior. Afirma que idéias particularmente causadoras de ansiedade são afastadas no nível cons-

ciente. Muitas vezes o sujeito nega sua incapacidade não se considerando cego, surdo ou portador de paraplegia, e desta forma a angústia provocada pela situação frustrante não aparece.

A projeção refere-se à atribuição de sentimentos inconscientes, necessidades ou conflitos a outras pessoas, de acordo com Novaes (1975). Um sentimento particularmente inaceitável é expresso no ambiente. Muitos incapacitados, segundo a autora, projetam nos outros seus conflitos e dificuldades pessoais.

Para Amiralian (1986), a formação reativa refere-se à expressão de sentimentos opostos àqueles realmente existentes no nível inconsciente. A autora exemplifica que um pai com uma aversão inaceitável pelo filho incapacitado pode superprotegê-lo e, assim, sentir-se muito amoroso para com ele.

Novaes (1975) define a regressão como uma defesa de fuga pela qual a pessoa usa a fantasia como uma forma de livrar-se da tensão psíquica; seus comportamentos expressam sentimentos vivenciados em fases anteriores do desenvolvimento. Muitos doentes regridem pela situação de dependência que vivem. A regressão não representa, para a autora a supressão do material reprimido, o que explica os “atos falhos”, ou seja, a exteriorização em diversas formas de motivos inconscientes e fobias, muito encontrados em quadros neuróticos.

No que diz respeito à sublimação, continua a autora, esta consiste em transformar a energia vital contida nos impulsos socialmente inadequados e censurados em outras formas aceitas pelo indivíduo e pela sociedade. Na sublimação dá-se a mudança de objetos, de fins ou de meios. No caso da identificação, pressupõe a absorção de formas de comportamento, seja de pais, líderes ou heróis, com os quais o indivíduo se identifica, passando a reagir como se fosse tais pessoas. A racionalização procura, com dados de lógica aparente, conciliar a realidade dos fatos com atos e atitudes que não seriam aceitos sem tal explicação. O indivíduo tenta uma desculpa racional para fatos reprováveis em si ou que geram sofrimento e mal-estar. Os incapacitados utilizam-se desse mecanismo freqüentemente e a própria doença é a desculpa para não terem que enfrentar a realidade e seus problemas. Pela fuga o indivíduo refugia-se no plano da fantasia e no mundo dos sonhos, insatisfeito que está com a realidade, procurando concretizar seus desejos e aspirações pelo devaneio; também é muito utilizada por pacientes frustrados em suas aspirações pessoais (NOVAES, 1975).

Ainda segundo a autora, a compensação é caracterizada como um grande esforço de compensar sentimentos de inferioridade ou de insuficiência. Uma situação relatada por Freud e destacada por Amiralian (1986), exemplifica um outro mecanismo utilizado por sujeitos incapacitados. É o caso do operário que sofreu um acidente e, como compensação, começa a explorar sua mutilação, tornando-se mendigo. Isto é considerado por ele uma vantagem secundária da incapacidade e observado em situações variadas. A incapacidade passa, então, a servir como uma desculpa social, pessoalmente aceitável. Ela pode ser usada como escapatória diante de uma situação de competição e como uma maneira de se esquivar de responsabilidades sociais.

Problemas de adaptação só são desencadeados pela doença, pois, segundo Novaes (1975), já existiam anteriormente, neutralizados por condições mais estáveis de vida. Portanto, a autora afirma que nem sempre a gravidade da problemática psicológica está em relação com a natureza e gravidade da doença. Há enfermos com doenças muito graves e incuráveis e reagem melhor do que outros que apresentam enfermidades passageiras e não tão graves, sendo que suas atitudes psicológicas dependem das áreas mobilizadas pela doença, por vezes as mais conflituosas, confirma a autora.

O sentido psicológico de adaptação está diretamente ligado ao de satisfação das necessidades básicas do indivíduo e ao de integração psíquica. Para que haja adaptação é necessário haver consistência e persistência de propósitos, atitudes, interesses e sentimentos, concomitantemente com grau de flexibilidade diante de obstáculos e condições ambientais (NOVAES, 1975).

De acordo com Amiralian (1986), a rotulagem é considerada outra condição estigmatizante usada pela sociedade e possui alto poder de desvalorização, podendo, inclusive, prejudicar a adaptação. Segundo a autora, a pessoa rotulada de retardada mental, paraplégica ou qualquer outro nome pelo qual se conhecem os excepcionais é identificada imediatamente como incompetente ou não atrativa, em resposta ao rótulo verbal que lhe é imputado. Explica que a rotulagem verbal é um hábito generalizado e utilizado freqüentemente em situações sociais e serve como proteção para o observador contra erros eventuais na inter-relação pessoal. O grande problema da rotulagem é a generalização excessiva. Em decorrência disto, conclui que os

indivíduos perdem sua identidade pessoal e só são reconhecidos pelo rótulo verbal que lhes foi imputado.

Dessa maneira, um importante aspecto que afeta as pessoas com deficiência é a terminologia usada para se referir a elas. O uso correto ou não de termos técnicos, argumenta Sasaki (2003), não é apenas uma questão semântica ou sem importância se quisermos falar ou escrever, em uma perspectiva inclusiva, sobre qualquer assunto de cunho humano. A terminologia correta é especialmente importante quando abordamos assuntos tradicionalmente contaminados de preconceitos, estigmas e estereótipos, como é o caso das deficiências.

Tanto na pesquisa quanto na prática da área da deficiência existem indefinições de conceitos, com variações relacionadas aos modelos médico e social, resultando em dificuldades na aplicação e utilização do conhecimento produzido. Evidencia-se, assim, a importância de se esclarecer melhor essa conceituação (AMIRALIAN, 2000).

Em uma perspectiva histórica, Sasaki (2003) indica que a utilização de termos como aleijado, defeituoso, incapacitado, inválido era freqüente até a década de 1980. A partir de 1981, por influência do Ano Internacional das Pessoas Deficientes, começou-se a escrever e usar, pela primeira vez, a expressão “pessoa deficiente”. Aos poucos entrou em uso a expressão “pessoa portadora de deficiência”, freqüentemente reduzida para portadores de deficiência. Por volta da metade da década de 1990, entrou em uso a expressão “pessoas com deficiência física”, que permanece até os dias de hoje.

Deficiência é

perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive funções mentais (AMIRALIAN, 2000, p. 98).

Em um trabalho anterior, Amiralian (1986) classifica os deficientes em três grandes grupos: condições intelectuais (superdotação, infradotação, distúrbios de aprendizagem); condições físicas e condições socioemocionais (desajustes sociais e distúrbios emocionais). De acordo com a autora, as condições físicas subdividem-se em quatro subgrupos:

deficiências físicas e sensoriais, problemas ortopédicos, problemas da fala e problemas especiais de saúde. Os indivíduos classificados com problemas ortopédicos são os que apresentam qualquer tipo ou grau de dificuldade corporal, em prejuízo da movimentação física. Os defeitos físicos manifestam-se de várias maneiras e resultam de diferentes fatores como: anomalias congênitas, infecções, distúrbios metabólicos, traumatismos e causas diversas ou desconhecidas (AMIRALIAN, 1986).

O estudo das lesões e processos patológicos que acometem o sistema nervoso contribuem fundamentalmente para o conhecimento deste sistema, particularmente no homem, no qual não se podem fazer experiências, conforme Machado (2000). Com efeito, a correlação entre a localização anatômica de uma lesão e o sintoma clínico observado é um dos processos mais utilizados para se estabelecer o significado funcional de uma área do sistema nervoso central. O autor afirma ainda que as lesões do sistema nervoso segmentar manifestam-se principalmente por alterações da motricidade e da sensibilidade. As alterações da motricidade podem ser da motricidade voluntária, do tônus ou dos reflexos. A incapacidade parcial de realizar movimentos voluntários denomina-se parestesia; a incapacidade total, paraplegia (ou paralisia). Assim, temos hemiplegia quando a perda da motricidade voluntária ocorre em todo um lado do corpo; tetraplegia, nos quatro membros; paraplegia, nos dois membros inferiores; monoplegia, em um só membro.

As principais alterações da sensibilidade são: anestesia, desaparecimento total de uma ou mais modalidades de sensibilidade após estimulação adequada (sensibilidade tátil); hipoestesia, diminuição da sensibilidade; hiperestesia, aumento da sensibilidade; parestesias, aparecimento, sem estimulação, de sensações espontâneas e mal definidas (“formigamento”); algias, as dores em geral (MACHADO, 2000).

Incapacidades de locomoção e problemas relacionados às funções sexuais e excretórias são freqüentes em pacientes com deficiência física, especificadamente a paraplegia, com significado diverso para cada paciente, sendo necessárias medidas cirúrgicas, além de recursos químicos para aliviar as dores constantes. Também são comuns os conflitos psicosexuais em pacientes que não aceitam suas limitações físicas. Considerando-se que o impulso sexual está ligado a uma das necessidades básicas do indivíduo, a repercussão da doença nas atividades sexuais dos doentes pode ser grande. Um ajustamento sexual satisfatório pressupõe

capacidade sexual e relações sexuais normais, trazendo satisfação tanto para o homem como para a mulher. Frequentemente, tais pacientes não podem ter mais relações sexuais por incapacidade funcional, aparecendo problemas de masturbação exagerada, comportamentos sexuais exibicionistas, assim como sentimentos de inferioridade e insegurança que ocasionam impotência psíquica. Muitos pacientes masculinos procuram, a todo momento, provar a si mesmos que a capacidade sexual não foi prejudicada pela doença (NOVAES, 1975).

Outro aspecto geral considerado por Novaes (1975) é o medo de voltar a ter relações sexuais depois da doença, o receio de gravidez ou o pavor da impotência. Há casos, comenta a autora, em que os doentes servem-se da doença e da incapacidade como desculpa para evitar as relações sexuais e justificar a perda dos atrativos sexuais. A mesma autora destaca ainda a obsessão sexual e o desejo compulsivo de manter relações sexuais, apesar das seqüelas das enfermidades (sobretudo em homens), para provar a todo instante sua virilidade. Embora sejam esses aspectos específicos da enfermidade, não se pode afirmar que haja uma personalidade típica de pessoa com paraplegia, pois a conduta varia de acordo com as características individuais e mecanismos psicológicos. Deve-se compreender que as reações dos enfermos envolvem atividades psíquicas conscientes e inconscientes e dependem das condições do desenvolvimento de sua imagem e esquema corporais, uma vez que a pessoa com paraplegia deverá integrar uma nova imagem corporal e reformular seu autoconceito.

A complexidade do tema apresentado justifica a realização do presente estudo cujo objetivo é verificar a representação do próprio corpo em indivíduos com deficiência física, especificamente a paraplegia, buscando identificar como a condição física específica de deficientes interfere na formação de sua imagem corporal.

## Método

### *Participantes*

Participaram deste estudo dois adultos do sexo masculino, solteiros. O primeiro sujeito possui ensino fundamental incompleto e o segundo, ensino superior incompleto. Ambos com deficiência física, mais especificamente, paraplegia não congênita. Em função de ser considerada população de risco, os participantes estavam vinculados a uma instituição



que conta com apoio psicológico orientado pelo NEPAP (Núcleo de Estudos, Pesquisa e Atendimento em Psicologia) da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo.

#### *Local*

O estudo realizou-se na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo, localizada no Campus Rudge Ramos, São Bernardo do Campo / SP. A coleta dos dados deu-se em uma das salas da respectiva clínica-escola, previamente determinada pela coordenação.

#### *Instrumentos e materiais*

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada com um roteiro preestabelecido abordando o tema da deficiência física adquirida e como ela alterou os aspectos sociais, orgânicos e emocionais dos indivíduos. Utilizou-se também o Teste do Desenho da Figura Humana, de Karen Machover, apresentado de forma sistemática em 1949 e aplicado conforme Van Kolck (1984).

#### a) ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Bleger (1980) afirma que a teoria que embasa esse tipo de entrevista foi influenciada por conhecimentos provenientes da psicanálise, da gestalt, da topologia e do behaviorismo. O autor enfatiza ainda que a entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e é uma técnica de investigação científica em Psicologia. Enquanto técnica, tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas com as quais se amplia, verifica e aplica o conhecimento científico.

Quanto ao aspecto formal, Tavares (2000) indica que as entrevistas podem ser divididas em estruturadas, semi-estruturadas (como é o caso do presente estudo) e de livre estruturação. Quanto aos objetivos, um esforço para classificar as entrevistas seria uma tarefa bem mais complexa, devido à interdependência entre abordagem e objetivos. Dada a enorme variedade de objetivos instrumentais, conforme o tipo de abordagem, de problemas apresentados e de clientela atendidas, não se tem a intenção de tentar classificar as entrevistas neste nível.

No que se refere especificamente à entrevista semi-estruturada, esta se caracteriza, de acordo com o mesmo autor, pelo fato de o entrevistador ter clareza de seus objetivos, do tipo de informação ne-

cessária para atingir estes objetivos, e da informação que deve ser obtida, quando ou em que seqüência, em que condições devem ser investigadas e como deve ser considerada. Enfatiza que esse tipo de entrevista aumenta a confiabilidade da informação obtida e permite a criação de um banco de dados úteis à pesquisa.

Entretanto, a entrevista não pode substituir e nem excluir outros procedimentos de investigação da personalidade, mas estes últimos também não podem prescindir da entrevista (BLEGER, 1980). Para Ocampo et al. (1990), a entrevista é “uma” técnica, e não “a” técnica. É insubstituível enquanto cumpre certos objetivos do processo do psicodiagnóstico, mas os testes apresentam certas vantagens que os tornam insubstituíveis e imprescindíveis.

#### b) TESTE DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

A realização deste estudo também contou com a utilização de outro instrumento. Trata-se do Teste do Desenho da Figura Humana cujo nome original, de acordo com Van Kolck (1984), é *Draw-a-person test* (DAP) ou *Human Figure Drawing* (HFD).

Enquanto teste psicológico, o desenho da figura humana é um procedimento que busca medir o fenômeno psicológico e, portanto, procura atender às exigências do método experimental. Sendo medida, um teste psicológico é uma amostra padronizada e objetiva de comportamento humano. Enquanto amostra do comportamento, um teste não mede diretamente uma capacidade, uma função ou um traço, mas o comportamento indicativo desses aspectos. Na medida em que o comportamento escolhido é realmente indicação do traço estudado, o teste pode ser considerado válido (VAN KOLCK, 1977).

O Desenho da figura humana é classificado como “teste projetivo”. A mesma autora afirma que o termo “projetivo” foi lançado em 1939 por Franck e logo ganhou ampla difusão e emprego. Passou a designar aqueles procedimentos para estudo da personalidade que apresentam como situação-estímulo algo pouco estruturado e mal definido, vago e impreciso, que não tenha significado estabelecido pela opinião do experimentador e ao qual o sujeito possa imprimir um sentido particular.

Van Kolck (1977) ainda ressalta que, na abordagem projetiva, os instrumentos buscam revelar a qualidade da personalidade de um sujeito e acentuam a compreensão da personalidade total.

Segundo Dolto (2004), os desenhos, cores espalhadas, formas são, desde cedo, meios de expressão espontâneos para a maioria das crianças. As instâncias da teoria freudiana sobre o aparelho psíquico (id, ego, superego) são assinaláveis em qualquer composição livre, seja ela gráfica (desenho), plástica (modelagem) ou outras. Machover (1967) concorda com a afirmação e acrescenta que o desenho de uma pessoa representa a expressão do eu ou do corpo no ambiente. Aquilo que é expresso pode ser definido como uma imagem como uma imagem corporal, reflexo complexo da imagem de si mesmo.

Dessa maneira, o Teste do Desenho da Figura Humana é uma técnica gráfica, simples e rápida. Segundo Hammer (1981), esta técnica pode ser enfocada como um tipo de teste situacional no qual o sujeito se defronta não apenas com o problema de desenhar uma pessoa, mas com o problema da orientação, adaptação e comportamento numa situação determinada. Em seus esforços para resolver tais problemas, o sujeito engaja-se em um comportamento verbal, expressivo e motor. Este comportamento, assim como o próprio desenho, fornece os dados para a análise psicológica.

A aplicação consiste em solicitar ao sujeito que desenhe uma pessoa e, em seguida, outra pessoa do sexo oposto ao da primeira. Os materiais utilizados são lápis preto n. 2 com ponta regular, borracha e folhas de papel em branco tamanho ofício. Após a obtenção dos desenhos, solicita-se ao sujeito que responda a um inquérito, com o intuito de complementar a expressão gráfica com a expressão verbal (MACHOVER, 1967). De acordo com Van Kolck (1975), a aplicação é de uso individual, como será a proposta deste trabalho, mas pode ser adaptada para grupos.

#### *Procedimento*

Por ser considerada uma população de risco, buscamos assegurar que os participantes do estudo teriam o apoio psicológico necessário por meio da atuação de estagiários supervisionados do NEPAP (Núcleo de Estudos, Pesquisa e Atendimento em Psicologia) da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo.

Posteriormente, verificou-se junto ao coordenador da clínica-escola de Fisioterapia a possibilidade da realização do presente estudo no próprio local. Após o consentimento, foram apresentados os pacientes da clínica de Fisioterapia com paraplegia não congênita. Esses pacientes

foram convidados a participar do estudo e, após concordarem e autorizarem, iniciou-se a coleta de dados.

Primeiramente, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme exigências éticas. Este documento ressalta o aspecto sigiloso e voluntário da participação, esclarecendo que a não colaboração com a pesquisa ou eventual desistência no decorrer da investigação não acarretará qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento junto à instituição.

A seguir, os participantes foram então convidados para uma entrevista semi-estruturada, individual, conforme previsto no roteiro e, posteriormente, foram submetidos à aplicação da técnica gráfica, também em caráter individual. O local, dia e horário para a realização das entrevistas atenderam, preferencialmente, à disponibilidade dos entrevistados.

#### *Tratamento dos dados*

Após a realização da entrevista e da aplicação do teste, os dados obtidos foram analisados qualitativamente, a partir da padronização proposta por Van Kolck (1984), considerando-se que a maioria dos pesquisadores responsáveis pelos avanços da técnica considera este sistema mais profundo e revelador, ainda que menos objetivo e sistemático do que o exame quantitativo (Benez; Peres; Santos, 2003). Entretanto, para tornar a análise do material coletado mais ordenada e sistemática, foi elaborada uma síntese qualitativa para cada um dos integrantes da amostra.

## Resultados

### *Caso 1*

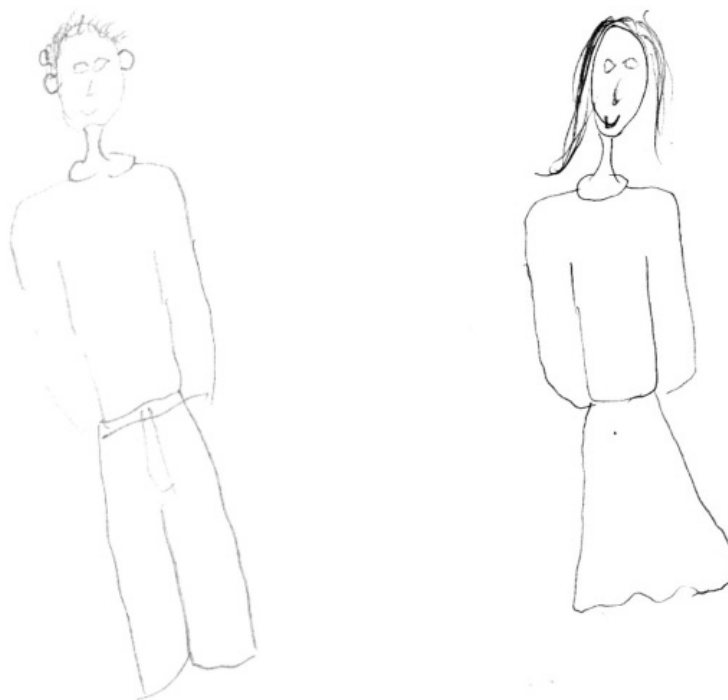
Identificado como João da Silva<sup>2</sup>, 21 anos.

Durante a entrevista semidirigida, João relata que a paralisia ocorreu há cinco anos, enquanto esperava o ônibus. Na parada do ônibus havia mais dois homens a seu lado. Os dois homens começaram a brigar e, de repente, um deles sacou uma arma e começou a atirar. O tiro atingiu o participante. João relata que não teve tempo de correr nem de fazer nada. Para o participante, a paralisia alterou sua vida em todos os aspectos; “da noite para o dia” tudo em sua vida mudou.

---

<sup>2</sup> O nome do participante foi modificado a fim de preservar sua identidade.

## Teste do Desenho da Figura Humana:



**Figura 1.** Desenho da figura masculina e feminina produzida pelo sujeito do caso 1

Apesar de estar identificado com o sexo masculino, o participante mostrou-se desinteressado e desencorajado pelo sexo oposto, apresentando virilidade insegura e débil. Essa virilidade insegura deve-se ao fato de uma forte repressão na esfera sexual causando conflito entre a expressão e o controle do impulso sexual, resultando em ansiedade e racionalização da tensão representada pela divisão do corpo em zonas: do tronco superior e inferior.

O mundo não se apresenta ativamente cerrado para este indivíduo, mas percebido vagamente, como uma espécie de massa não diferenciada. Apresenta problemas de contato, expressão de evasão, adaptação social e hostilidade para com os outros, o que evidencia que o sujeito vivencia uma fase imatura e egocêntrica, e de desentusiasmo ou medo quanto à aceitação dos aspectos maduros do corpo.

Por meio de sua produção gráfica, o participante demonstra passividade, atitude de expectativa diante da vida, falta de autonomia, fuga diante do contato, rejeição, inibição, reserva, nostalgia, desejo de obter aprovação, desejo de retornar ao passado e/ou permanecer absorto em fantasia.

Foram representados graficamente aspectos patológicos ligados a sentimentos de constrição e de castração, gerando uma preocupação com a necessidade de controlar a expressão de impulsos agressivos ou hostis, características de pessoas severas e excessivamente morais.

### *Caso 2*

Identificado como Pedro Moraes<sup>3</sup>, 25 anos.

Relata que sua paralisia ocorreu há cinco anos durante um assalto (confirma o dia, mês e ano com precisão). O acidente aconteceu na rua onde o participante reside. Estava dirigindo sua moto. Dois homens surgiram em outra moto e pediram para ele parar, ameaçando atirar se não obedecesse. O participante afirma que parou a moto, mas mesmo assim eles atiraram. O tiro o atingiu nas costas e Pedro teve diagnóstico de lesão medular.

Em relação às atividades que o participante estava acostumado a fazer em seu dia-a-dia, relata que a paralisia modificou algumas coisas, pois jogava futebol, era professor de dança e trabalhava em casas noturnas (boates). Atualmente, frequenta curso de graduação em Química e trabalha em uma empresa privada.

Por outro lado, o sujeito afirma que faz tudo que lhe é possível fazer; quando não dá, ele tenta. Explica que sempre tenta antes de dizer que não consegue realizar alguma coisa. Segundo Pedro, a deficiência vem da cabeça, não do corpo, e confirma que não demorou muito para se adaptar à deficiência; levou cerca de um mês. O participante diz ainda que sua família e seus amigos lhe deram muito apoio. O círculo de amizades foi mantido e se fortaleceu; além disso, a família se uniu para ampará-lo.

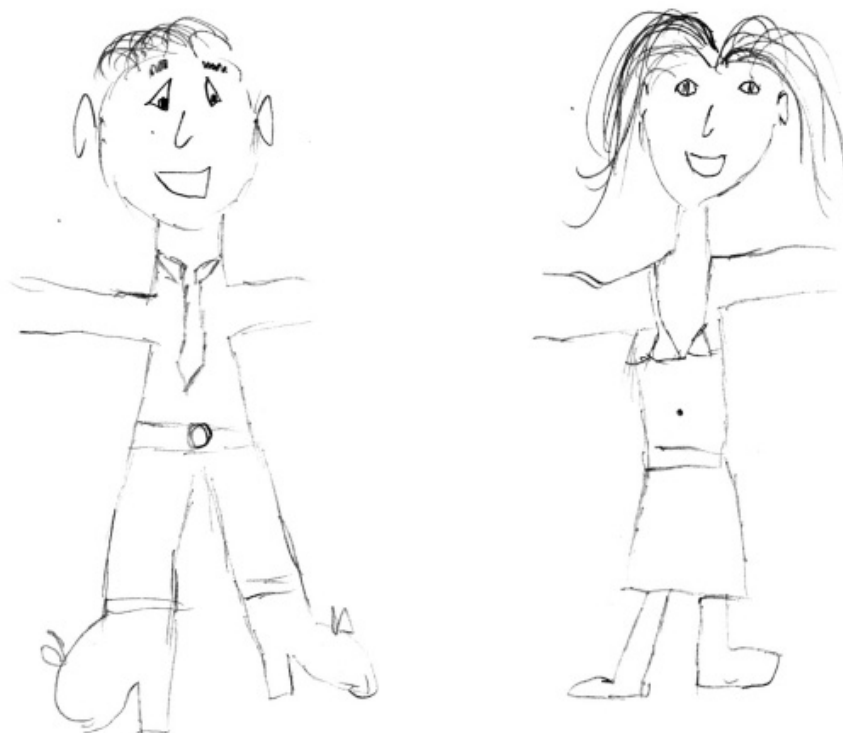
O participante relata ainda que aprendeu muitas coisas, que a deficiência o amadureceu, aprendeu a conhecer a palavra “valor”. Pedro afirma que era “muito louco”, não se preocupava com as coisas sérias da vida, mas hoje é mais responsável. Diz também que deu mais valor à palavra paciência, aprendeu a ouvir um “espere aí”.

---

<sup>3</sup> O nome do participante foi modificado a fim de preservar sua identidade.

Pedro comenta que aonde vai, faz amizades. Teve dificuldade no começo, mas agora consegue fazer tudo, pois afirma que tem força moral e física, e que a força moral é bem melhor que a física.

Teste do Desenho da Figura Humana:



**Figura 2.** Desenho das figuras masculina e feminina produzido pelo sujeito do caso 2

O participante apresenta uma atitude de expectativa diante da vida demonstrando passividade, ansiedade, falta de confiança em si, manifestando timidez, inibição, nostalgia. Observa-se o desejo de retornar ao passado ou permanecer absorto na fantasia, num esforço inconsciente para deformar a realidade, escapando da insegurança. Sua identidade é amparada pela fantasia, indicativo de evasão dos problemas de relacionamento pessoal e do encontro de novas situações.

O participante identifica-se estreitamente com as figuras paterna e materna, tendo elas um papel dominante, embora se observe uma depre-

ciação e/ou hostilidade para com o sexo feminino e uma real importância ao sexo masculino, pois identifica-se com o próprio sexo e o valoriza. Apesar de estar identificado com o sexo masculino, demonstra personalidade infantil, dependência e inadequação, repressão ou fixação à dependência oral. Também se verificou necessidade de mostrar virilidade, pois esta é insegura e débil, com desordem sexual e sensibilidade primitiva associada a impulsos sexuais infantis. Dessa maneira, demonstra uma preocupação fálica com suspeitas de sentimentos de impotência. Apesar de verificar-se ambição com certo poder de realização, há presença de sentimentos de ambivalência no que se refere a seu impulso para autonomia.

Exerce um controle rígido sobre si mesmo, pois se preocupa com seus impulsos, demonstrando, assim, moralismo e repressão de sua agressividade. Essa forma específica de controle racionalizado torna-o dependente da aprovação e afeto dos outros, sendo muito suscetível à ofensa e resistente à autoridade. Daí a ênfase excessiva e a confiança exagerada nas funções sociais e educacionais, com uma correspondente subestima do corpo e dos impulsos vitais. Observa-se repressão na esfera sexual, indicando um forte conflito entre a expressão e o controle do impulso sexual, conflito representado pela divisão do corpo, gerando, assim, ansiedade com relação a essa divisão das zonas do tronco superior e inferior.

### Discussão

Após a aplicação das entrevistas e análise das produções gráficas, os resultados permitem afirmar que os participantes demonstraram alterações em termos da imagem corporal. Em ambos os casos, foi possível verificar a presença de um conflito representado pela divisão do corpo em partes. Observa-se que o tronco, os membros superiores e inferiores e a cabeça geram ansiedade com relação a essa divisão das zonas, especialmente do tronco superior e inferior. Este aspecto evidencia que a alteração da representação mental do próprio corpo dos participantes está intimamente relacionada com a deficiência física, mais especificamente, com a paraplegia.

Em suas investigações, Schilder (1980) analisou a imagem corporal não apenas sob a dimensão orgânica. Conclui que a imagem corporal é um fenômeno multifacetado e que se refere não apenas a uma construção cognitiva, mas também a uma reflexão dos desejos, atitudes



emocionais e interação com os outros, conforme observamos nos dois casos aqui analisados.

Como afirma Van Kolck (1986), a imagem corporal é o produto de um organismo como um todo, portanto, uma alteração por uma enfermidade em uma parte dele não afetará sua imagem corporal apenas em relação a essa parte; a mudança será geral, pois resultará de novas relações do indivíduo consigo mesmo e com os outros. O presente estudo confirma esta conclusão, pois este indicador pode ser verificado com clareza. Quando relacionamos as entrevistas com a produção gráfica, percebemos que os participantes não apresentam conflitos apenas na área da deficiência física, mas também nas áreas social e sexual.

Tais resultados são compreensíveis já que adaptar-se a uma nova condição física é algo muito complexo. Conseguir integrar na mente a deficiência adquirida no corpo mantendo uma imagem do corpo sadia é algo que demanda grande esforço do indivíduo. Esta condição torna-se ainda mais complexa na sociedade contemporânea pois, de acordo com Costa (2004), com o avanço da ciência e da tecnologia o perfil da idealização da imagem corporal foi transformado. Atualmente se imagina que a perfeição será conseguida pela perfectibilidade física prometida pelas novas tecnologias médicas.

Sendo assim, os problemas de ajustamento identificados nos participantes do estudo não decorrem apenas de sua condição física, mas da necessidade de se ajustarem a uma sociedade e cultura organizadas para sujeitos perfeitos, como confirma Amiralian (1986).

Ambos os participantes vivenciam graves conflitos em relação à deficiência. O primeiro sujeito (João) demonstrou, por meio da entrevista semi-estruturada e do teste projetivo gráfico, estar pouco adaptado à sua condição física específica, o que certamente interfere na formação de sua imagem corporal, alterando-a. Já o segundo sujeito (Pedro) demonstrou, no relato da entrevista, estar mais adaptado e não ter, aparentemente, dificuldades em relação à sua deficiência física.

As relações sociais com os indivíduos com deficiência são frequentemente carregadas de ansiedade e desconforto, discute Amiralian (1986). Esses sentimentos causam nesses indivíduos dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, além de propiciarem mecanismos para procurar minimizar estas dificuldades. Estes aspectos puderam ser identificados em ambos os participantes deste estudo, o

que demonstra não aceitação da incapacidade pelos indivíduos que, de acordo com Novaes (1975), é um dos aspectos psicológicos fundamentais a considerar no processo da reabilitação, pois, muitas vezes, por estar fixado na imagem anterior à doença, o indivíduo não consegue ajustar-se ao seu estado físico atual.

A aceitação de um corpo mutilado, como assegura Amiralian (1986), freqüentemente se relaciona com sentimentos de menos-valia, como verificado nos participantes do estudo, que apresentaram falta de confiança em si, passividade, atitude de expectativa diante da vida, falta, nostalgia e desejo de obter aprovação.

Nos participantes deste estudo notou-se a presença de conflitos na medida em que apresentaram uma virilidade insegura e débil, devido a uma forte repressão na esfera sexual, causando conflito entre a expressão e o controle do impulso sexual. Verificou-se ainda que os sujeitos, apesar de estarem identificados com o sexo masculino, mostraram-se desinteressados e desencorajados pelo sexo oposto, como confirmam os estudos de Novaes (1975). A autora afirma ainda que tais pacientes freqüentemente não conseguem mais ter relações sexuais por incapacidade funcional, surgindo problemas de masturbação exagerada, comportamentos sexuais exibicionistas, bem como sentimentos de inferioridade e insegurança que ocasionam impotência psíquica. Apesar de não termos informações sobre a vida sexual dos participantes, observou-se a presença de tais sentimentos.

Além desses aspectos, Amiralian (1986) ainda expõe que a imagem corporal é um elemento básico da formação do autoconceito. A autora ressalta que nos casos de sujeito com perdas ocorridas posteriormente, a reformulação da auto-imagem é uma tarefa complicada.

Contudo, partindo da premissa de Schilder (1980) de que a imagem corporal é uma unidade passível de mudanças, necessitando de esforço contínuo para dar uma estrutura a algo dinâmico, conforme Van Kolck (1984), entende-se que a imagem corporal que os participantes têm de si próprios atualmente pode ser modificada, o que seria fundamental para a adaptação desses indivíduos, redimensionando sua qualidade de vida. Acredita-se que uma intervenção psicológica e física permitiria a essas pessoas um maior reconhecimento da condição que vivenciam.

### Considerações finais

Considerando-se o interesse na representação do próprio corpo em indivíduos com paraplegia, identificou-se que a condição física específica dos deficientes interfere na formação de sua imagem corporal. Em ambos os participantes do estudo evidenciou-se uma virilidade insegura e débil, que pode ser atribuída a uma forte repressão na esfera sexual, causando conflito entre expressão e controle do impulso sexual. Ainda no que se refere às questões de natureza sexual, verificou-se que, apesar de identificados com seu próprio sexo (participantes do sexo masculino), mostraram-se desinteressados e desencorajados pelo sexo oposto. Especificamente a esse respeito, verificaram-se também, no sujeito do caso 1 (João), aspectos patológicos ligados a sentimentos de constrição e castração e, no sujeito do caso 2 (Pedro), uma preocupação fálica com suspeitas de sentimentos de impotência.

Verificou-se que em função dos sentimentos de impotência, os sujeitos utilizaram-se de mecanismos de defesa como a fuga na fantasia, pois, buscam neste plano as satisfações que não alcançam na realidade concreta. Especialmente no Caso 2 (Pedro), identificaram-se ênfase excessiva e confiança exagerada nas funções sociais e educacionais, o que pode ser relacionado com a racionalização defensiva, visto que procura, com dados de lógica aparente, conciliar a realidade dos fatos com atos e atitudes que não seriam aceitos sem tal explicação.

Compreende-se que os participantes aqui estudados denotam graves conflitos em relação à deficiência, apresentam-se pouco adaptados à sua condição física específica, fator este que interfere diretamente na formação de sua imagem corporal, alterando-a. Esse resultado condiz com outros estudos desenvolvidos e apresentados neste trabalho, ao demonstrarem a dificuldade do deficiente em aceitar sua incapacidade, sendo este um dos aspectos psicológicos fundamentais a serem considerados no processo da reabilitação.

Além dos indicadores levantados, o estudo igualmente permitiu concluir que o teste projetivo gráfico do desenho da figura humana é um instrumento adequado para identificação da imagem corporal em indivíduos deficientes físicos. Outro aspecto a ser destacado refere-se à questão da intervenção, pois as informações obtidas possibilitam fornecer elementos profícuos e pertinentes para o planejamento de

intervenções no âmbito multidisciplinar com base em subsídios balizados cientificamente.

## Referências bibliográficas

- AMIRALIAN, M. L. T. *Psicologia do excepcional*. São Paulo: EPU, 1986.
- \_\_\_\_\_. et al. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 03 mar. 2006.
- BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 03 mar. 2006.
- BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: \_\_\_\_\_. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1980. p. 7-22.
- COSTA, J. H. *O vestígio e a aura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- DAMÁSIO, A. R. *O erro de Descartes; emoção, razão e cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- FROMM, E. *Análise do homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- HAMMER, E. F. Desenho projetivo da figura humana. In: \_\_\_\_\_. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. p. 61-85.
- MACHADO, A. Considerações anatomo-clínicas sobre a medula e o tronco encefálico. In: \_\_\_\_\_. *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 169-177.
- MACHOVER, K. O traçado da figura humana: um método para estudo da personalidade. In: ANDERSON, H. H.; ANDERSON, G. L. (orgs.) *Técnicas projetivas do diagnóstico psicológico*. São Paulo: Mestre Jou, 1967. p. 345-370.
- NOVAES, M. H. *Psicologia aplicada à reabilitação*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- OCAMPO, et al. A entrevista inicial. In: \_\_\_\_\_. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. p. 21-25.
- PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. *Psicologia USP*. São Paulo, v. 1. n. 2, p. 167-174, 1990.
- SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. *Mídia e deficiência*. Brasília: Agência de Notícias dos Direitos da Infância e Fundação Banco do Brasil, p. 160-165, 2003. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br>>. Acesso em: 01 mar. 2006.
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo; as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- TARDIVO, L.S.P.C. et al. Os desenhos da figura humana de pacientes com depressão secundária. *Mudanças Psicoter. Est. Psicossociais*. v. 7, n. 11, p. 229-243, jan-jun, 1999.
- TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico – V*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

VAN KOLCK, O. L. O desenho da figura humana no estudo de problemas específicos. *Revista da Sociedade de Psicologia de São Paulo*, v. 25, n. 65, p. 151-177, jan-jun. 1973.

\_\_\_\_\_. *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil: testes de personalidade*. Petrópolis: Vozes, 1975. 2 v.

\_\_\_\_\_. Os testes como técnicas de exame psicológico. In: \_\_\_\_\_. *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil: testes de aptidões*. Petrópolis: Vozes, 1977. v. 1. p. 13-23.

\_\_\_\_\_. *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU, 1984. 5 v.

---

Recebido em: 05.11.2007

Primeira revisão: 09.12.2007

Aceito em: 14.03.2008

Psicólogo

*in*Formação, ano 11, n. 11, jan./dez. 2007