



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E
SOCIAIS DE BARBACENA
CURSO DE PSICOLOGIA

MÁRCIA HELENA MELO DA SILVEIRA

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA RESSIGNIFICAÇÃO DO
SUJEITO DEFICIENTE FÍSICO VÍTIMA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

BARBACENA
2015

MÁRCIA HELENA MELO DA SILVEIRA

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA RESSIGNIFICAÇÃO DO
SUJEITO DEFICIENTE FÍSICO VÍTIMA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação
em Psicologia da Universidade Presidente
Antônio Carlos- UNIPAC, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Carla Cristina Soares de
Oliveira do Vale

**BARBACENA
2015**

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA RESSIGNIFICAÇÃO DO SUJEITO DEFICIENTE FÍSICO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação
em Psicologia da Universidade Presidente
Antônio Carlos- UNIPAC, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora Me. Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale

Prof.^a Karina Aparecida Coelho Otoni

Fisioterapeuta Gislene Aparecida da Rocha

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai amado, supremo criador, por me agraciar com seu olhar sempre protetor, guiando-me pelos caminhos e me conduzindo com coragem e discernimento.

À Nossa Senhora Aparecida, minha mais fiel intercessora!

À vida que me é tão generosa.

Aos meus pais, Joaquim e Maria, por terem me dado à vida, em especial a minha mãe querida, que, além de nunca medir esforços para a minha sobrevivência, sempre esteve ao meu lado nas horas em que eu mais precisei.

Ao meu irmão que sempre que sempre me apoiou em todas as etapas deste caminho e vibrou com cada conquista.

A Ketley por me incentivar e não me deixar desistir.

À minha orientadora, Prof.^a Me. Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale, por compartilhar comigo o seu saber, por me apoiar em todas as horas, mesmo nas mais difíceis. Sua colaboração, amizade e orientação durante a elaboração deste trabalho foram imprescindíveis e sua competência parece não tem limites.

Meu mundo ficou distante.
A sensação de revolta não controlo mais
Não posso mais andar, não vejo mais
Minhas pernas.
Ah! Como queria poder andar
Sei que agora vou precisar do apoio
Da minha família e que me faça
Superar toda essa dor.
Mesmo deitado não sou um coitado
Ou mesmo covarde, vou tentar me adaptar
De alguma maneira, vou conseguir...
Para minha vida prosseguir.
Nos momentos difíceis mesmo
Desenganado vivo com a sensação
De estar pendurado, podendo cair
A qualquer instante.

(Autor Desconhecido)

RESUMO

Recentemente muito tem se abordado a respeito dos distintos aspectos que abrangem a história e os direitos das pessoas com deficiência física (PcDF). Os apontamentos mais remotos destacam que determinadas culturas simplesmente os exterminavam, no entanto, outras, os abandonavam ou segregavam do convívio social. A deficiência apresenta no decorrer dos anos como atenuante a redução da inferioridade determinada pelos homens. No decorrer de algumas ocasiões de conhecimento profissional vinculado à psicologia, temos nos confrontado com a demanda das deficiências como uma questão merecedora de mais estudos e observações. No entanto visa-se compreender a atuação do psicólogo no processo de reabilitação do sujeito deficiente físico e, neste caso, em um futuro próximo, redimensionar esta possibilidade de desempenho incluso em contexto que estabelece característica, precisão, coerência e comprometimento ético, é indispensável. Para lidar com a deficiência do outro é necessário reconhecer em si próprio como deficiente e a partir do momento que ocorre este fato o sujeito demonstra suas próprias limitações e faltas. A deficiência pode ser uma circunstância que compõe um contexto cultural, social e ambiental do indivíduo que a possui, podendo, além disso, ser visualizada como aspecto específico capaz de apresentar novas oportunidades para o conhecimento e a maturidade dele no mundo. Conhecer a história da deficiência auxilia-nos no entendimento do problema que determinados deficientes, ou não, expõem ao caracterizarem a diferença como alguma coisa passível de consentimento e consideração. Os acidentes automobilísticos representam importante problema mundial pelos elevados indicadores de morbimortalidade e são as causas de lesões medulares mais frequentes. O atendimento do psicólogo ao deficiente físico tem se mostrado uma área que abrange uma constante demanda, levando um número cada vez maior de psicólogos a interessar por esta área.

Palavras-chave: pessoas com deficiência física, acidentes automobilísticos, lesão medular, atendimento psicológico.

ABSTRACT

Recently much has been discussed about the different aspects that cover the history and the rights of persons with physical disability (PwPD). The earliest notes highlight that certain cultures simply exterminated, however, other, abandoned or segregated of social conviviality. The disability presents over the years as mitigation the reduction of inferiority determined by men. In the course of a few occasions of professional knowledge linked to psychology, we have been confronted with the demand of the shortcomings as a matter worthy of further studies and observations. However the aim is to understand the role of the psychologist in the rehabilitation process of the subject physically challenged and, in this case, in the near future, resize this possibility of performance included in context establishing characteristic, accuracy, consistency and ethical commitment, is indispensable. To deal with the deficiency of another it is necessary to recognize yourself as disabled and from the moment that occurs this fact the subject demonstrates his own limitations and faults. The deficiency may be a circumstance that makes up a cultural, social and environmental context of the individual who has, and can, in addition, be viewed as specific aspect capable of presenting new opportunities for knowledge and his maturity in the world. Know the history of disability us in understanding the problem that certain disabled or not, to describing the difference as something subject to consent and consideration. Automobile accidents represent important global problem by high morbidity and mortality and indicators are the causes of spinal cord injuries more frequent. The psychologist to the cripple has proven an area covering a constant demand, leading a growing number of psychologists interested in for this area.

Keywords: people with physical disabilities, car accidents, spinal cord injury, psychological care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I	
CONTEXTUALIZANDO A DEFICIÊNCIA.....	11
1- Deficiência: sua evolução ao longo da história.....	11
2-Sociedade contemporânea e deficiência: resíduos de uma história.....	16
3-Conceituando deficiência	21
CAPÍTULO II	
A DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA.....	26
1-O acidente de trânsito.....	26
2-A lesão medular.....	30
3-O sujeito perante a sua nova realidade.....	37
4-A reabilitação e a inclusão do sujeito deficiente.....	51
CAPÍTULO III	
PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA: ENCONTROS E DESENCONTROS.....	56
1-Considerações sobre a concepção e a profissão do psicólogo.....	56
2-As práticas emergentes no desempenho do psicólogo e as deficiências.....	59
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	68

INTRODUÇÃO

No decorrer da história da humanidade, o sujeito portador de deficiência têm se submetido a distintos tipos de tratamento. Os registros mais remotos destacam que determinados povoados simplesmente os exterminavam, já outros, os abandonavam ou segregavam da convivência social. Entretanto, atualmente, eles passaram a ser aceitos de fato como indivíduos de direitos e a sociedade deu início ao uso do termo inclusão, com intuito de sugerir que as pessoas portadoras de deficiência podiam compartilhar as ações da história civilizada, diretamente, desde que se encorajassem (LEONART, 2007).

Ao longo dos anos a deficiência apresenta como atenuante a diminuição da inferioridade definida pelos homens. Para que pudesse ter uma relação de horizontalidade, foi imprescindível distinguir o direito de privilégio e não da discriminação. Aos poucos, a personalidade dentro da conformidade vai se caracterizando através da concordância e da coerência dos indivíduos ponderados como deficientes, elemento de discursos e racionalizações. A exclusão revela a diversidade (TEIXEIRA e GUIMARÃES, 2006).

No decorrer de alguns períodos de conhecimento profissional vinculado à psicologia, vimos nos confrontando com a demanda das deficiências como um tema merecedor de mais estudos e observações. Deste modo, o interesse pelo assunto em evidência intensificou-se na proporção em que nossa trajetória profissional concedeu-nos probabilidades de relações diretas com esta problemática (ROSA, 2003).

No entanto, abranger a atuação do psicólogo no processo de reabilitação do deficiente físico e, a partir de então, em um futuro próximo, redimensionar esta possibilidade de desempenho incluso em uma situação que determina predicado, precisão, coerência e comprometimento ético, torna-se indispensável (ROSA, 2003).

A deficiência física não proporciona para o deficiente uma representação anatômica característica. Com a lesão o indivíduo necessita vivenciar suas perdas dentro dos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. Existe a necessidade da experiencição das mudanças no funcionamento orgânico igualmente como suas decorrências para as distintas atividades habituais. Será somente com a existência de seu corpo que o deficiente poderá estruturar sua nova identidade. O jeito como o trauma irá afetar sua imagem física está intensamente pertinente com o prejuízo ocasionado nas condições e desempenhos da experiência anatômica (GARCIA, 2012).

O deficiente físico tende a se sentir desrespeitado e não aceito pelo fato de não retribuir às perspectivas da sociedade, onde tudo é feito para os descritos “normais”, além de transportar um estigma atribuído (nascer deficiente ou se tornar um no decorrer da vida) (AIHARA, 1988).

A deficiência física origina uma transformação perceptual na anatomia do indivíduo que, incorporada a alterações em suas relações sociais, transforma sua representação física. A deficiência acarreta para o sujeito sentimentos depreciativos com relação ao seu próprio corpo, ocasionando variações na atitude como o mesmo compreende e interage com os outros e o mundo (GARCIA, 2012).

A deficiência física também povoa o pensamento humano com tabus e pré-conceitos que vem sendo vinculados no decorrer dos anos. É importante destacar que mesmo na apresentação das inaptidões, o sujeito tende a compensar suas restrições por meio de suas potencialidades (RESENDE e GOUVEIA, 2011).

Os acidentes automobilísticos expõem a responsabilidade pela extensa ampliação do número de deficientes (LEONART, 2007).

O impacto dos acidentes acontece em diversas ocasiões e afeta inconstantemente as vítimas, sendo que são inúmeros os fatores que influenciarão no desencadeamento em maior ou menor expansão do estresse ligado ao acidente (ZIMMERMANN, 2008).

As lesões medulares são decorrentes destes acidentes, consistindo em uma preocupação cada dia mais constante para a população bem como para a saúde pública, acarretando transformações biopsicossociais para o indivíduo repercutindo em alterações físicas, psicológicas e sociais, definindo a adaptação do mesmo a uma vida nova. Estas lesões evidenciam uma doença crônica das mais incapacitantes, cujos danos anatômicos são constantes e irreversíveis, acarretando implicações psicológicas que necessitam ser consideradas (BERTO e BARRETO, 2011).

A reabilitação do deficiente é importante não somente na condição física, mas, além disso, no seu estado emocional no decorrer de sua existência. O acompanhamento psicológico ajuda o indivíduo a conhecer e lidar melhor com suas restrições, sendo eficaz reconquistar sua autoestima, ampliando a confiança em sua disposição de refletir e encarar os desafios do dia-a-dia (FIGUEIRA 2014).

A inclusão dos deficientes não ocorrerá se a sociedade não for inclusiva, alterando e originando adequações para o processo do desenvolvimento do mesmo e da adaptação da realidade social para sua vida na sociedade (FERNANDES et al, 2011).

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZANDO A DEFICIÊNCIA

1- Deficiência: sua evolução ao longo da história

Desde os tempos mais remotos, é possível perceber por meio da literatura, de revelações e procedimentos de valores éticos, sociais, morais, filosóficos e religiosos, que a sociedade persiste em evidenciar dificuldades em se relacionar com o sujeito deficiente, expondo assim, condutas contraditórias em relação àqueles que se desviam da normalidade, congregando preconceitos, repassados através de diversas gerações por cinco séculos de nossa história, encarando a deficiência como sinônimo de inutilidade social e que estes indivíduos são dependentes, marginalizando-os por meio de um conceito padronizado (ROSA, 2003).

De acordo com Figueira (2014) a deficiência, no Brasil, foi tratada no decorrer da história, pela perspectiva religiosa, assistencial ou médica. Sua concepção não pode ser dissociada dos métodos de exclusão social. Ela teve início na política de exclusão dos indígenas, passando pelo assistencialismo dos jesuítas, a violência da escravidão, o pensamento médico no Brasil, a percepção acerca da deficiência e as práticas a ela relacionadas foram estabelecidas como demandas coerentes aos recintos hospitalares e assistenciais. É plausível destacar que alterações incidiram no que diz respeito ao atendimento e tratamento do sujeito deficiente, tanto em instituições quanto na sociedade, na qual estas mudanças parecem estar pautadas ao desenvolvimento das ciências e da consciência social.

Entretanto, o que ressaltamos ao analisar a história da deficiência, é que, com ou sem intento, a 'marginalização' do portador permanecia e encontrava inúmeras vezes vinculada à ideia de que as deficiências físicas/mentais e doenças eram ocasionadas por espíritos maus, demônios ou algum meio da pessoa pagar por perversidades cometidas, sugerindo apropriada condição de impureza e culpa, e de uma acertada atitude relevando o episódio de ser exclusivamente aceitado pela sociedade, o que reforçava o exercício da marginalização, restando a eles o destino de mendigar nas ruas e praças (PACHECO E ALVES, 2007).

Mesmo que de maneira implícita a agregação da deficiência física a valores morais e de punição, ainda pode ser vista ultimamente, quando o sujeito deficiente questiona o que cometeu para estar passando por esta adversidade, ou quando se afasta

do convívio social com vergonha da marca de seus “deslizes” e “pecados”. Esta atitude expressa, em muitos casos, a auto exclusão do sujeito que pode ser socializada com determinados valores culturais, pode perceber-se como impura ou digna de repreensão/penalidade (PACHECO E ALVES, 2007).

Foram inúmeros os fatores que influenciaram esta cultura. Por muitas décadas, a deficiência (cuja maior incidência era nos países em desenvolvimento), remeteu-nos a uma questão social, pelo fato de que para os portadores das mesmas, as únicas condições de vida são: a fome, a pobreza, a miséria e a falta de perspectiva. Ele ainda ressalta que a deficiência pode ser qualificada como real, com limites bem determinados com os quais ele terá que habituar-se, ou imaginária, na qual os limites são frutos de fantasias doentias de uma realidade angustiante e dura do indivíduo, originando-se mais do receio de fracassos do que da deficiência propriamente dita, existindo uma ampla contestação entre ser e se sentir um deficiente (FIGUEIRA, 2014).

Dentre as antigas civilizações, quando não se podia ponderar a sociedade como tal, a postura do homem perante as deficiências atingiu dois pontos extremos, ambos considerados excludentes e discriminatórios. O primeiro consiste na tolerância com alguma proteção, em relação àqueles povos que atribuíam às deficiências significados sobrenatural. O mais comum, foi o banimento ou abandono, entre aqueles que consideravam vinculados a forças demoníacas, sendo impedidos de conviver socialmente, participando e desenvolvendo sua capacidade como indivíduo e cidadão (ROSA, 2003).

Atualmente a deficiência é definida como um fenômeno individual, identificada com alguma característica trazida pela pessoa deficiente, cuja manifestação pode ser verificada em seus comportamentos. Deste ponto de vista, ela é algo que está presente no indivíduo identificado como deficiente, no seu organismo ou no comportamento, e ausente nas pessoas consideradas não deficientes (OMOTE, 1995).

Na perspectiva da constituição do indivíduo humano, as dificuldades de convivência com o deficiente refletem a impotência em reconhecermos a nossa própria deficiência. Há certa tendência do ser humano em relativizar as diferenças, chegando ao extremo de tentar anulá-las a partir do momento que ela deixa de ser um ponto positivo. Para o ser humano lidar com a deficiência do outro é identificar em si mesmo como deficiente e a partir do momento que o sujeito reconhece as diferenças demonstra suas próprias limitações e faltas (ANDRADE E SOLÉRA, 2006).

Durante o advento do Cristianismo, os sujeitos deficientes foram recolhidos e auxiliados no decorrer dos séculos, implantando o sentimento da caridade, propagando o assistencialismo e disseminando a exclusão encoberta pelas instituições de assistência, ainda presentes nos dias atuais, não obstante os movimentos sociais pela inclusão do portador de deficiência física (LITTIERI, 2011).

Entretanto, talvez nem se intua que as crenças e atitudes, culturalmente direcionadas ao portador de deficiência, impregnaram não somente o seu destino social, mas cooperaram, com importância, para a perpetuação de mitos, superstições e crenças que estão presentes até os dias atuais. A própria definição da palavra expressa o rol de predicados de caráter negativo que representa a deficiência. Sendo assim a deficiência significa falta, carência, imperfeição, defeito. Entretanto, o valor da palavra quando empregada para referir-se às pessoas, torna determinadas características inerentes a estes sujeitos, evidenciando sua ausência de valor e imperfeição (ROSA, 2003).

Até o século XVIII as informações referentes à deficiência, baseavam-se no misticismo e no ocultismo, não possuindo base científica para o desenvolvimento de conhecimentos realísticos (ROSA, 2003 apud MAZZOTA, 1996).

Ela ainda destaca que até o princípio do século XIX, compreende-se que o modo como a sociedade lidava com o portador de deficiência evidenciava a dificuldade em lidar com as diferenças, no nível de desenvolvimento da consciência no qual é necessário obedecer a normas rigorosas, especificadas pela cultura que pregava padrões igualmente rigorosos de relacionamento e comportamento.

A partir do advento do Renascimento, surge então uma abordagem médica da deficiência, iniciando, deste modo, a preocupação com o indivíduo, procurando recursos vinculados a ciências, para seus problemas (ROSA, 2003 apud AMIRALIAN, 1986).

Evidencia que a evolução das ciências humanas e, sobretudo, da Psicologia como ciência do comportamento, proporcionou novas visões a respeito dos deficientes. Já que, a princípio a deficiência era vista como um conceito clínico em decorrência da supremacia da medicina sobre as demais ciências da área da saúde. As deficiências eram notadas como doenças e suas manifestações comportamentais e físicas compunham seus sintomas, a observação dos mesmos, levava a um diagnóstico, o que atualmente designaríamos como avaliação informal. Neste caso, os tratamentos médicos passaram a ser indispensáveis e quando já não proporcionavam benefícios para o sujeito, este era relegado a um atendimento assistencial. Durante muitos anos, e até os dias atuais observa-se que, para algumas pessoas e até instituições, o deficiente ainda é considerado

como um doente e o médico visto como elemento fundamental em seu atendimento (ROSA, 2003 apud AMIRALIAN, 1986).

Mesmo tendo ocorrido um progresso no modo de tratar os deficientes, atualmente deparamos com atitudes semelhantes às aquelas relatadas durante os primórdios da história, ou seja, atitudes extremamente discriminatórias. Podemos acreditar que este é o legado da sociedade contemporânea, que, perante propostas mais humanitárias, determina que, em pleno século XXI, prevaleça uma carga significativa de preconceito e rejeição, predominantes na sociedade, destacando os profissionais de diversas áreas como educação e saúde e indivíduos caracterizados como normais, acarretando em inúmeras ocasiões, expressivas mobilizações psíquicas (ROSA, 2003).

Uma série de eventos históricos (desde as disposições humanistas do período, até o ensejo do sujeito deficiente em manifestar sua potencialidade bem-sucedida nas temporadas de insuficiência de mão-de-obra, a necessidade de reintegração social dos feridos de guerra e a ampliação tecnológica e nos conhecimentos médicos) culminou para o estabelecimento e desenvolvimento da reabilitação estas pessoas. Deste modo, constata-se que os indivíduos inseridos nestes contextos, além disso, influenciaram determinadas transformações procurando a não sustentação da oscilação segregatória e de supressão que decorria sendo concretizado em relação ao sujeito deficiente (ROSA, 2003).

Procurando compreender a realidade vivida pelo deficiente no decorrer história, ressaltamos que o silêncio delimitou, por um longo período, o cenário de suas vidas. Sem o anseio de esgotar todos os episódios, permaneceu manifesto que esses sujeitos experimentaram relações sociais carregadas de estigmas, rótulos, discriminação e preconceito, fundamentados na beneficência e no favor, originando um procedimento histórico de eliminação milenar (OLIVEIRA, 2010).

Mesmo seguindo nesse áspero trajeto, compreendemos que, aos poucos, os deficientes e as demais pessoas envolvidas nesse assunto foram reunidos, se fortalecendo e tornando visíveis as suas exigências, submergindo em diversos campos da sociedade. Dentro desse contexto, confrontaram com intensidade a exclusão pela qual foram e são submetidas, por meio de atitudes de reivindicação e mobilização (OLIVEIRA, 2010).

Mazzotta (2005) destaca que a própria religião, ao colocar o indivíduo como “imagem e semelhança de Deus”, conseqüentemente, um homem completo, acrescentando a consideração da natureza humana, compreendendo assim a perfeição

corporal e intelectual. Sendo assim, não se “assemelhando a Deus”, os portadores de deficiências (ou imperfeições) estavam colocados à margem da categoria humana, e incriminados pela sua própria deficiência. Esta situação foi uma constante cultural no transcorrer da História. Os hospitais e abrigos de caridade, cuja finalidade era abrigar, proteger e educar, acabavam por excluí-los da convivência social. Compete destacar que, neste contexto histórico, determinados paradigmas passaram a existir em afinidade ao movimento das ideologias e organização igualitária das sociedades perante o sujeito portador de necessidades especiais. (FERNANDES et al, 2011).

2-Sociedade contemporânea e deficiência: resíduos de uma história

Um dos temas ainda pouco estudado é a deficiência física adquirida, sendo que até pouco tempo atrás falar sobre esse assunto era muito complicado por ser uma realidade permeada por preconceitos e tabus. Tão necessário quanto o entendimento acerca da deficiência é conhecer um pouco a respeito da trajetória de lutas pela conquista e garantia dos direitos desses indivíduos historicamente deixados à margem da sociedade. Nas sociedades primitivas a deficiência assumiu caráter místico e supersticioso associado ao castigo divino (LITTIERI, 2011).

A relação da sociedade contemporânea com a deficiência, por meio de uma tradição, o sujeito deficiente tem sido encarado a partir do ponto de vista médico, preocupada em distinguir o normal do patológico, cujo intuito seria diagnosticar o mal e tratá-lo (ROSA, 2003 apud VELHO, 1981).

Este fator que procura incriminar a vítima, ou seja, a dificuldade se encontra no indivíduo, que discorda da grande maioria em decorrência das alterações hereditárias ou contraídas que proporciona (ROSA, 2003).

A irregularidade determina uma identidade social para o sujeito portador de deficiência física desde o seu nascimento ou a partir do momento que adquire, como um estigma (ROSA, 2003).

O conceito de estigma, resgatado por Goffman (1988), como sendo um valor negativo imposto a uma categoria existencial e originado na organização das relações sociais a partir do que é estabelecido ideologicamente acerca do outro. Este termo foi empregado na Antiga Grécia para designar sinais corporais com os quais se buscava demonstrar o nível moral de quem os apresentava. Sinais estes, que eram gerados por meio de cortes, fogo ou diferentes elementos, com intuito de transmitir a ocorrência de seu portador ser escravo, delinquente ou desleal, ou equivale a, um indivíduo que necessitaria ser evitado, sobretudo em locais públicos. Posteriormente a Era Cristã, a literatura científica conectada à saúde, incorporou a expressão para mencionar sinais anatômicos de distúrbio físico.

Recentemente, o termo estigma foi empregado para determinar um predicado depreciativo, na maioria das vezes determinando um estereótipo. Neste caso, o estigmatizado passa a ser aceito como um indivíduo que possui diferentes defeitos, decorrentes da imperfeição original, as mesmas podendo ser positivas ou negativas, sendo que, em ambos os acontecimentos, extinguem a possibilidade de que diferentes

predicados seus sejam compreendidos. Os preconceitos são os que mais colaboram para que estas pessoas sejam analisadas como incapacitadas para a aceitação social (GOFFMAN, 1988).

O referido autor destaca que a circunstância do sujeito considerado incapacitado para a aceitação social íntegra como sendo estigma. Constata-se o constrangimento, a humilhação e a indisposição psicológica e social acarretado pelo estigma e também pelo preconceito resultante, onde as pessoas referem-se ao indivíduo não pelo nome, entretanto adotando-se como alusão a marca que possui, sendo rotulado e desqualificado, originando sentimentos de inferioridade e restrição que agravam ainda mais a percepção de inconformidade e rejeição do meio, induzindo a deterioração da identidade.

Independente de sua natureza, a deficiência tende a ser ponderada como alguma coisa muito mais complicada que o conhecimento médico, uma vez que somente é compreendida, se outros de tal modo a consideram, um sujeito deficiente (ROSA, 2003 apud OMOTE, 1980).

A ausência de estímulo pode levar o sujeito deficiente ao retraimento, desenvolvendo em si resistência, incerteza e angústia. São indivíduos que apesar de não possuírem dificuldades no campo cognitivo, em muitos casos, acabam se tornando vítimas da rejeição social. O estigma do deficiente é demonstrado pelo meio do costume de priorizar exclusivamente suas carências, alterando assim a incondicional desconsideração de suas autênticas habilidades (GOFFMAN, 1988).

Para muitas pessoas, a deficiência apesar de ser ignorada ainda causa desconforto para o outro, apresentaremos nesta ocasião consequências como: preconceito e o estigma (ROSA, 2003).

O deficiente representa a consciência da conveniente imperfeição daquele que se observa, refletem seus obstáculos, suas castrações, além disso, representa o sobrevivente, aquele que passou pela catástrofe em potencial (ROSA, 2003 apud AMARAL, 1988).

Segundo Resende e Gouveia (2011), temos um grande número de deficientes físicos inseridos na luta por um mundo melhor, engajado na busca por uma maior longevidade com qualidade de vida. A deficiência física ainda povoa a mente humana com pré-conceitos e tabus que vem sendo vinculados ao longo dos anos, assim como o mito da dependência e da improdutividade. É importante destacar que mesmo na presença das incapacidades, o sujeito tende a equilibrar suas limitações através de suas

potencialidades, vivendo e envelhecendo com qualidade de vida, apesar de possuírem deficiência física.

Lima (2012) destaca que a busca pelo conhecimento da história da deficiência e suas consequências em épocas distintas, leva-nos a compreender a realidade de exclusão vivenciada por elas até os dias de hoje. Portanto, opta-se pela contextualização de modo conciso a questão da deficiência desde a Grécia Antiga até a Idade Contemporânea a fim de incorporar e fortalecer discussões sugeridas mais adiante, sendo percebido em todos os retratos que se fez dele desde a Grécia antiga até os dias atuais. Devido à existência de uma “marca” visível, transformando-se no estigma de muitas pessoas.

As atitudes distintas tomadas ao longo da história da deficiência influenciaram e prosseguem influenciando nossa percepção referente a este tema e o modo como lidamos com estas pessoas. A ponderação sobre a trajetória delas, sendo vítimas da marginalização e preconceito vem nos mostrar o quanto é importante conhecer de maneira mais aprofundada as decorrências das marcas deixadas, com intuito de desconstruirmos nossa visão perante a deficiência, deste modo colaborando para a inserção dessas pessoas na sociedade (LIMA, 2012).

Cohen (2006) demonstra que a deficiência pode ser uma situação que faz parte de um contexto cultural, social e ambiental do sujeito que a possui, podendo também ser vista como um aspecto especial que oferece novas oportunidades para a experiência e o amadurecimento do indivíduo no mundo.

Até o século XVIII, a deficiência era abordada como uma cultura mística e de intimidação social e, a partir do século XIX, como uma conotação de patologia. Constituiu apenas no século XX, de modo bastante progressivo que a compreensão de deficiência foi sendo modificada, mudando o foco do “corpo doente individual” para o do “corpo doente social”, produto do conceito de que as enfermidades também equivaliam a produtos sociais. Nesta definição, postula-se que as circunstâncias de invalidez podem ser influenciadas, não exclusivamente por obstáculos decorrentes da deficiência ou incapacidade, contudo por fatores ambientais e sociais, que modificam conforme o ambiente no qual o sujeito deficiente encontra-se inserido (OMOTE, 1995 apud ROCHA, 1999).

A deficiência, independente de sua categoria, pode ser analisada como alguma coisa muito mais complexa que a informação clínica, uma vez que só é compreendida, se outros assim a consideram, uma pessoa portadora de deficiência. Sendo apresentadas

condições para melhor compreendermos como a sociedade participa na concepção do rótulo do indivíduo deficiente (ROSA, 2003 apud OMOTE, 1980).

Ainda é possível destacar que a compreensão das distintas ideias no desenvolvimento histórico do conceito de deficiência é importante pelo fato de compreender como raízes, por vezes seculares, de cuja energia se sustenta os preconceitos e as considerações de hoje, nesse campo. Deste modo, distinguir o procedimento histórico a propósito da questão da deficiência pode nos facilitar o entendimento do por que, mesmo com toda política de inserção social que vem sendo desenvolvida no Brasil e no mundo, mesmo havendo uma desvalorização social do sujeito deficiente, mesmo que de modo implícito (ROCHA, 1999).

A alteração do aspecto divino para a anomalia biológica, fez com que o sujeito se afastasse da posição de conformismo à “vontade de Deus”, oferecendo lugar à ideia de tratamento, dando início, portanto a educação e reabilitação do sujeito deficiente. Entretanto, o olhar para a deficiência como uma irregularidade biológica, acarretou a ideia implícita de que a mesma é uma dificuldade do indivíduo e que esta deve ser alterada para assumir seus papéis dentro das sociedades, representando o conceito de relação social (PACHECO & ALVES, 2007).

Apesar da análise da importância da inclusão social nesta trajetória histórica, é evidente que não basta recusarmos as diferenças e agregar o sujeito deficiente à sociedade do modo como está, com intuito de assumir inteiramente seus papéis. Surgindo então a necessidade de se ponderar sobre a inclusão social, na qual indivíduo e sociedade mobilizam-se para as transformações imprescindíveis, objetivando igualdade de direitos e oportunidades aos cidadãos (PACHECO & ALVES, 2007).

Estas diferentes posturas influenciaram e ainda influenciam o modo como olhamos para a pessoa com deficiência. Assim, encontramos ainda hoje, com variações na intensidade, atitudes semelhantes às da época pré-científica em que o deficiente não era considerado, por exemplo, como ser humano. Da mesma forma, temos hoje instituições assistencialistas mais voltadas a suprir as necessidades físicas do sujeito sem preocuparem-se com sua reabilitação social, emocional e profissional, o que nos remete à importância em pensarmos em um tratamento de reabilitação global mais digno à pessoa com deficiência, visando à inclusão social (PACHECO & ALVES, 2007).

Entretanto poderíamos até, analisar as decorrências da deficiência, no aspecto da desvantagem, determinada como sendo a discordância entre a capacidade de

concretização e as perspectivas do próprio indivíduo e da sociedade, conforme suas características podemos perceber melhor a participação da sociedade na constituição do sujeito deficiente ou incapacitado. Se a sociedade providencia as adequações necessárias para que o deficiente possa utilizar dispositivos que os auxiliem em suas dificuldades, elas não ocasionarão incapacidades (ROSA, 2003).

A partir da Segunda Guerra Mundial tanto os deficientes físicos quanto as mulheres necessitaram trabalhar nas indústrias para suprir a ausência de empregados que se encontravam nas forças armadas. Tendo em vista este acontecimento e o exemplo de Franklyn Delano Roosevelt, um paraplégico vítima de poliomielite eleito presidente dos Estados Unidos, sendo capaz de desempenhar perfeitamente seu papel e conseguindo se manter financeiramente, revelou ao mundo a importância da reabilitação e o potencial dos portadores de deficiências (PACHECO E ALVES, 2007).

Devido ao grande número de empregos proporcionados aos deficientes nas ocasiões de guerra, diversos fatores contribuíram para a implantação da reabilitação, assim como as consequências somáticas ou psíquicas apresentadas pelos combatentes e ex-combatentes ao retornarem das guerras. Estas decorrências os deixavam em posição de desvantagem ao tentarem se reintegrar na sociedade. No entanto estes aspectos colaboraram para o progresso da ciência e tecnologia na busca por “recursos que consentissem a inclusão dos deficientes a uma “vida normal” em uma sociedade produtiva” (PACHECO E ALVES, 2007, p. 4).

Toda esta situação acarretou um grande impacto na sociedade, que passou a procurar alternativas com intuito de deliberar estas demandas advindas da guerra. Se anteriormente a preocupação da sociedade com a questão destas pessoas não existia, após esta ocasião tal questão esteve muito mais próximo pelo grande número de pessoas acometidas pelos mais variados tipo de lesões, ocasionando uma série de deficiências com amplo aumento neste período histórico (PACHECO E ALVES, 2007).

A preocupação com a inserção do sujeito deficiente tornou-se objetivo da sociedade mundial posteriormente as Duas Guerras Mundiais, quando inúmeras pessoas passaram a conviver com a realidade de ter ou ser alguém portador de alguma deficiência. Entretanto, ao se tornar algo comum a convivência com o deficiente físico para os demais indivíduos, sobretudo posterior à segunda Guerra Mundial, a sociedade passou a considerar o assunto deste sujeito sob nova ótica, assentindo a ideia de inclusão (ELSNER, 2012).

3-Conceituando deficiência

Conhecer a história da deficiência auxilia-nos no entendimento da dificuldade que algumas pessoas portadoras, ou não, apresentam em distinguirem a diferença como alguma coisa passível de aceitação e respeito. A abrangência das diferentes opiniões na evolução histórica do conceito deficiência é importante para entender como as raízes, por vezes seculares, cuja seiva se nutre os preconceitos e as considerações atuais, nesse campo. No entanto, ao tomar conhecimento do procedimento histórico acerca da deficiência tende a nos facilitar o entendimento do porque, apesar de toda política de inclusão social que vem sendo desenvolvida no Brasil e no mundo, mesmo assim existe uma desvalorização social do deficiente físico, ainda que em um formato implícito (PACHECO E ALVES, 2007).

Como deficiência conceitua: *“No domínio da saúde, deficiência representa qualquer dano ou alteração de uma composição ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica”* (ROSA, 2003 p.25 apud OMS, 1989).

O conceito de deficiência caminhou ora em equivalente ora num mesmo caminho, com o período não igualmente relevado com as forças teológicas, mas artifícios de estudos científicos. A representação da deficiência integrada à enfermidade introduziu a noção de cura, da possibilidade de apresentar o regulamento aquele indivíduo deficiente; evidenciando assim a imagem de uma condição de não saúde (ROSA, 2003).

Sendo assim, a retrospectiva histórica revela-nos com nitidez que os estudos acerca da etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamentos apropriados ao sujeito deficiente estão restringidos e condicionados aos discernimentos clínicos e como auxiliar, estariam os psicólogos (ROSA, 2003).

No entanto como afirma Rosa (2003):

A deficiência representa um desvio do padrão biomédico do indivíduo, e a definição dos seus elementos deve ser fundamentalmente elaborada pelos que, pela sua qualificação, possuem competência para formular juízos sobre o funcionamento físico e mental, de acordo com as normas aceitas (ROSA, 2003 apud OMS, 1989, p.30).

Esclarecendo, diz ainda, o uso do termo deficiência, que retifica o emprego do termo perturbação, assinala para máxima intensidade, já que mesmo não enquadra seguramente com a qualidade oferecida. Sendo assim, ela encontra-se vinculada à

circunstância constante ou transitória de perdas ou alterações que resultem na existência ou na manifestação de uma irregularidade e/ou defeito (ROSA, 2003).

Falar sobre deficiência já foi mais complexo, porque até a poucos anos atrás era um tema e uma realidade permeada por muito mais tabus e preconceitos. São inúmeras as definições para a deficiência física. Ela pode ser entendida como uma alteração no corpo que gera dificuldades na movimentação do sujeito, impedindo-as de participarem da vida de modo independente. Ou como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho motor do indivíduo (TEIXEIRA, 2006).

Ao introduzir a expressão pessoa portadora de deficiência, cujo intento foi modificar o foco de cautela da ausência para o indivíduo, desígnio esse não concretizado, porque a atenção acabou incidindo mesmo é no termo portador, como se o sujeito pudesse transportar ou não uma carência, como acontece no âmbito da medicina com patologias definidas, quando é corriqueiro se descrever que o mesmo porta determinado vírus, por exemplo. Ao prevalecer à demonstração pessoa com deficiência, apresenta-se a finalidade de repelir o foco de precaução para o indivíduo; ou consiste em, na evidência que incide, com ocorrência, a respeito de o deficiente, sem imprecisão, mas igualmente possui suas potencialidades, que são passíveis de ser demonstradas, ou, no mínimo, que merecem ser aceitas (LEONART, 2007).

De acordo com o Decreto nº 914/93, art. 3º, passa a existir, na legislação, a principal consideração, apesar de genérica, de pessoa com deficiência:

Considera-se pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (LEONART, 2007, p. 14).

No entanto, o conceito adotado de pessoa com deficiência está contido no Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004:

... a (pessoa) que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias: a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (LEONART, 2007, p. 15).

Refere-se ainda ao comprometimento do aparelho locomotor que compreende o sistema ósteo-articular, muscular e nervoso; as doenças ou lesões que afetam qualquer um destes sistemas, isoladamente ou em conjunto, tendem a produzir quadros de limitações físicas de gravidade e grau variáveis, de acordo com os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida, sendo considerado um distúrbio da estrutura anatômica ou da função, interferindo na locomoção do indivíduo (TEIXEIRA, 2006).

É importante ressaltar que, uma vez que a deficiência incide em um estado de vida, não haveria a transitoriedade da doença, a despeito de, frequentemente, o sujeito portador de paraplegia e seus familiares utilizam a expressão “quando ele melhorar”, evidenciando assim a esperança de que a doença consista em uma ocasião temporária. É fundamental entender o quanto a deficiência se faz permanente, embora esta condição venha a ser vivida como uma normalidade, permitindo que o deficiente possa, progressivamente, orientar-se pelo princípio da realidade, conseguindo integrar-se ao mundo externo (TEIXEIRA, 2006).

Segundo Amiralian et al (2000), as definições clássicas advindas da Organização Mundial de Saúde (OMS) distinguem os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem. Por deficiência, é entendida a perda ou anormalidade, temporária ou permanentemente, de uma estrutura ou função anatômica, fisiológica ou psicológica; por exemplo, a paraplegia é considerada uma deficiência física. Por incapacidade, é entendida a restrição resultante da deficiência, como a impossibilidade de locomoção (no caso da deficiência denominada paraplegia). A desvantagem é entendida como o prejuízo para o indivíduo, decorrente da deficiência ou incapacidade, que dificulta o desempenho de papéis sociais esperados de uma pessoa nas mesmas condições de idade, sexo, fatores sociais e culturais, como a independência física ou mobilidade no caso do paraplégico.

Como a desvantagem é uma questão momentânea e está relacionada às possibilidades que determinada sociedade oferece ao sujeito com deficiência, definiremos deficiência como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano que compromete as funções física, auditiva, visual ou mental, o que, em razão de circunstâncias históricas, sociais e espaciais, poderá resultar em desvantagem para a pessoa portadora, como perda de autonomia, discriminação social e dificuldades de inserção social (CARVALHO-FREITAS, 2007).

O conceito de deficiência vem se transformando no decorrer dos anos com a finalidade de acompanhar as inovações na área da saúde. Para que se distinga, de fato,

as transformações acarretadas por uma deficiência, seja ela adquirida ou não, na vida de um indivíduo, é imprescindível que se apresente conhecimento sobre elas e que se compreenda o estigma e preconceito ainda existente na sociedade atual. Além disso, abrangem aspectos alusivos às dificuldades e incapacidades, resultantes de alterações motoras, funcionais e emocionais que, nesta ocasião, originam sentimentos negativos e afastam o deficiente da normalidade, designando preconceitos contra ele e, conseqüentemente, conduzem à exclusão social (SILVA et al, 2014).

As deficiências físicas tanto podem ser congênicas quanto adquiridas. Evidenciando que neste último caso, podem ser advindas de um acidente, trauma ou doença. O seu acontecimento pode produzir marcas no corpo do indivíduo que, por sua vez, tem a capacidade de afetar suas emoções e identidade como um todo e, conseqüentemente, gerar sentimentos de impotência, inferioridade e desprezo. A inaptidão é resultante da deficiência, não sendo impeditiva para aprendizagem de outras habilidades que poderão ser reaprendidas para o desempenho das atividades da vida normal (SILVA et al, 2014).

A deficiência contraída na fase adulta é a perda da estrutura ou do desempenho fisiológico, psicológico ou corporal capaz de determinar a ressalva para concretizar atividades dentro da normalidade. A insuficiência existe no papel da relação do sujeito portador e o ambiente, ocasionando a diversidade de qualidades perante aos demais. A analogia cultural possui acentuado aspecto na caracterização da estigmatização, podendo tornar o deficiente parecido ou diferente (TEIXEIRA e GUIMARÃES, 2006).

O sentimento de incapacidade, vinculado à obtenção da enfermidade e o que ela representa, desencadeia uma reação de carência e evitação que, evidentemente, acarretam uma perda real para este indivíduo, intervindo negativamente em sua condição de vida. Ocasionalmente ou não uma incapacidade ou prejuízo real, a doença não restringe completamente a vida do indivíduo, constituindo que inúmeras probabilidades, além disso, podem ser ponderadas e diferentes interesses ou desempenhos desvendados e acionados. O sujeito carece encontrar-se consciente dos seus percalços a fim de aperfeiçoá-los e ultrapassá-los, no entanto jamais necessita restringir-se a eles (BRITO e BARROS, 2008).

O componente incapacidade corresponde a qualquer diminuição ou ausência (resultante de uma deficiência) de disposições para desempenhar uma atividade de forma, ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano (ROSA, 2003 apud OMS, 1989).

A vinculação constituída entre capacidade e ausência é justificada pela limitação funcional resultante da deficiência. Ela é compreendida como um acontecimento que acarreta a insuficiência de desempenhar tarefas, capacidades e procedimentos semelhantes aos almejados de diversas pessoas não detentoras de deficiências. Deste modo a incapacidade é percebida como irregularidade do regulamento, diferença de desempenho do indivíduo em relação aos outros perante as mesmas categorias de atividades. A habilidade do sujeito nesta ocasião é entendida em três aspectos: físico, psicológico e social, sendo assim, qualquer irregularidade dos exemplos habituais de resposta em um destes três aspectos é compreendido como contravenções daquilo que se espera dele, definindo o enquadramento como incapacidade (ROSA, 2003).

Ainda assim a deficiência é uma característica que a sociedade atribui ao sujeito de combinação com os exemplos e importâncias sociais vigentes, do que a própria deficiência em si. Neste caso, a situação e o tipo da deficiência (estrutural) permaneceriam vinculados ao aspecto social (conjuntural) que se incumbe de ministrar a leitura do fator deficiência, constituindo, assim, as inúmeras atitudes, preconceitos, estereótipos e estigmas, são intercessores nas afinidades com o acontecimento e, por conseguinte, com o deficiente (ROSA, 2003).

CAPÍTULO II

A DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA

1-O acidente de trânsito

Os acidentes de trânsito concebem uma importante dificuldade mundial devido aos altos índices morbimortalidade, mais de um milhão de pessoas a cada ano, em todo o mundo morrem decorrentes de acidentes de trânsito, acrescentando a esta quantidade de mortes, os acidentes são responsáveis por deixar feridas cerca de 20 a 50 milhões de pessoas (ZIMMERMANN, 2008).

Nos países desenvolvidos, os acidentes passaram a ser percebidos pela sociedade como um problema, tornando-se graves nas primeiras décadas do século XX. Nos Estados Unidos, o número de automóveis aumentou muito. Nos países europeus e também no Japão o problema relacionado aos acidentes de trânsito ganhou destaque após a segunda grande guerra. Já o Brasil, um país em desenvolvimento, os acidentes passaram a se expor como um problema para a sociedade, desde os anos 70, em consequência do método de dependência do transporte motorizado, destacando o uso dos automóveis para a mobilidade humana e o transporte de mercadorias (ZIMMERMANN, 2008 apud VASCONCELOS, 2005).

Ao se comparar os índices de acidentes de trânsito do Brasil com os demais países desenvolvidos, evidencia-se um índice elevado e um enorme custo à sociedade em termos individuais e econômicos. No contexto pessoal, destacam-se a angústia e o sofrimento das vítimas de acidente, de seus amigos e familiares. Na situação econômica, sobressaem os prejuízos materiais e o período de existência do indivíduo, as despesas hospitalares, o prejuízo de produção para a sociedade e os gastos do governo para atender os feridos, reestabelecer o trânsito e repor a sinalização danificada (ZIMMERMANN, 2008 apud VASCONCELOS, 2005).

Destaca-se que os acidentes de trânsito, faz vítimas em diferentes níveis (HADDAD et al, 2007). Desde seus familiares até a comunidade. O impacto também afeta à comunidade que se alarma ao tomar conhecimento de acidentes abrangendo mutilações e mortes. A distinção das vítimas dos acidentes de trânsito pode modificar desde a falta de lesões até o falecimento, variando de acordo com as características do desastre. O sujeito que resiste ao acidente pode, além disso, evoluir com consequências imediatas e/ou duradouras (MELLO JORGE apud DORNELAS, 1997). As

consequências decorrentes dos acidentes de trânsito que atingem inconstantemente as vítimas, familiares e profissionais que atuam nas emergências e no auxílio às vítimas, começam a receber atenção ao enfrentamento pelo começo das políticas públicas e atos para a precaução e acesso da saúde e segurança no trânsito (ZIMMERMANN, 2008).

Os acidentes de trânsito, a cada ocasião mais violentos, apresentam a força de, de modo repentino, arrancar a vida dos indivíduos, ou diminuir-lhes a mobilidade e a autonomia. Este é o curso extremamente trágico deles. Entretanto, tudo na nossa experiência evidencia que existe consecutivamente pelo menos mais um sentido a ter direito o diagnóstico determinado. Os acidentes trazem a responsabilidade pelo amplo acréscimo do número de indivíduos deficientes. Perante a realidade das ocorrências, pode-se assegurar que os inúmeros e lamentáveis acidentes de trânsito vêm implantando, compulsoriamente, pessoas de elevada condição cultural, dos mais alterados segmentos da sociedade, no grupo daquelas que possuem deficiência. Contudo, a tragédia resulta no fortalecimento do segmento formado pelos sujeitos deficientes, em todos os aspectos culturais mensuráveis, e com o progresso consistente da defesa intransigente dos seus direitos improvisado por elas mesmas, a sociedade vai aprendendo, apesar de que não o arranje no compasso que se considera almejado ou por elas ambicionado, a prosseguir em diversos aspectos, progredir em alertas e reações positivas (LEONART, 2007).

O acidente é definido como *“uma desavença não intencionada, envolvendo uma ou mais pessoas no trânsito, provocando determinada lesão e noticiada à polícia diretamente ou através dos serviços de Medicina Legal”* (ZIMMERMANN, 2008 apud ROZESTRATEN (1988), p.16).

Consequentemente, existem diversas disposições de acidentes e acidentados que distinguem mais as decorrências do acidente do que suas causas e ocorrências.

“... um acidente é um risco em termos de saúde mental. É um risco porque é uma condição ou uma circunstância que aumenta a probabilidade de qualquer um de nós ficarmos perturbados, ou seja, de desenvolvermos uma psicopatologia. Os acidentes, tal qual como a guerra, tem em comum o seguinte: os acidentes de fato resultam da ação humana e resultam muitas vezes da ação humana incorreta, errada, e por isso, tal como na guerra, há vítimas e também há um responsável, o que pode estar associado a emoções difíceis como, por exemplo, culpa e responsabilidade. Essas emoções aumentam as perturbações psicológicas porque nós próprios podemos ser responsáveis pelas mortes dos nossos próprios filhos ou sermos responsáveis pelas mortes de crianças que atropelamos ou de adultos que atropelamos. Às vezes, podemos ficar com lesões graves decorrentes de nossa ação, ou perceber que nossa vida ficou perturbada para sempre ou destruída para sempre porque alguém teve um comportamento inadequado... Portanto, há uma responsabilidade legal e civil

da causa do acidente” (ZIMMERMANN, 2008 apud MAIA e PIRES, 2006, p.28).

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode desenvolver-se em indivíduos que se envolvem direta ou indiretamente em acidentes de trânsito, e que, juntamente com a ausência de conhecimento dos profissionais envolvidos na saúde, pode ocasionar consideravelmente avarias na recuperação da vítima. Os indivíduos em acidentes de trânsito na maioria das vezes apresentam as conseqüentes inquietações: angústia fóbica a viagens, ansiedade generalizada, TEPT e depressão (ZIMMERMANN, 2008).

De acordo com Vignola (2007), o impacto do acidente de trânsito ocorre em distintas situações e afeta inconstantemente as vítimas, uma vez que existem inúmeros fatores que influenciarão no desencadeamento em máxima ou mínima extensão do estresse ligado ao acidente. Exemplo disso é uma pessoa envolvida em um acidente de amplas dimensões e, por isso, apresentou prejuízos sérios e comprometimento de membros, determinando uma lenta e intensa reabilitação, provavelmente desenvolverá um nível de estresse maior que outro sujeito que se envolveu em acidente de pequenas dimensões (ZIMMERMANN, 2008).

O referido autor destaca ainda que, indivíduos reagem dos mais distintos formatos perante as circunstâncias traumáticas em acidentes de trânsito, sendo ressaltado que as pessoas com histórico de problemas com estresse, na maioria das vezes apresentam mais dificuldades em suportar esta situação (ZIMMERMANN, 2008).

Maia e Pires (2006) assinalam que um acidente de trânsito pode acarretar inúmeros tipos de estresse pós-traumático, que se dividem em três grupos:

I) Sintomas intrusivos - os quais se demonstram em ideias intrigantes e recorrentes do acidente; a todo o período chega à tona a lembrança do acidente; mal estar psicológico intenso diante de um estímulo que simbolize o acontecimento traumático, etc.

II) Sintomas de evitamento e embotamento – de modo sintético, o sujeito evita estímulos e ambientes que o faça lembrar-se do acidente, evita refletir sobre o acidente ou tudo que possa lembrá-lo; manifestação de desinteresse, baixa autoconfiança, etc.

III) Sintomas de ativação aumentada – dificuldade para adormecer ou continuar adormecido; impaciência, abatimento, dificuldade de concentração, resposta de alarme excessiva, etc (ZIMMERMANN, 2008).

Determinados fatores importantes relacionados às conseqüências de acidentes no trânsito, tais como: espaços impróprios; o abuso do álcool ou de outras

drogas; a velocidade demasiada; as qualidades da pista e a condição de conservação dos automóveis (ZIMMERMANN, 2008 apud VASCONCELOS, 2005).

As vítimas dos acidentes de trânsito vão muito além das diretamente envolvidas no acidente. O impacto do desastre e suas decorrências na vítima poderão afetar igualmente o bem-estar do grupo familiar, danificando ou fortalecendo o circuito igualitário para o enfrentamento da dificuldade (ZIMMERMANN, 2008 apud HADDAD et al, 2007).

2-A lesão medular

Determina por lesão medular o rompimento completo ou incompleto dos tratos nervosos, responsáveis pela transferência, alteração e constituição motora ou sensorial e na influência independente do sistema de órgãos. As lesões completas se distinguem pela ausência de função motora ou sensorial abaixo do nível das lesões sendo que as incompletas apresentam o desempenho medular parcial ou totalmente íntegro podendo afetar diversos segmentos neurológicos (TURCI et al, 2003 apud STOKES, 2000; PEDRETTI, 2005).

As lesões medulares acontecem cada vez com mais frequência pelo fato, sobretudo, ao crescimento desenfreado de acidentes automobilísticos, ferimentos por armas de fogo e as quedas, consisti em uma preocupação a cada dia mais constante para a população bem como para a saúde pública. Entretanto devido a sua irreversibilidade e gravidade, acarretam alterações e transformações biopsicossociais para o sujeito, repercutindo em alterações anatômicas, psicológicas e sociais, determinando o ajustamento do mesmo a uma nova vida (BERTO e BARRETO, 2011).

A lesão medular estabelece em uma enfermidade crônica das mais incapacitantes, cujos danos físicos são inalteráveis e irreversíveis, ocasionando em intervenções biopsicossociais para a vida do indivíduo acometido. As implicações físicas apresentam consequências psicológicas que carecem ser ponderadas (BERTO e BARRETO, 2011).

A deficiência se instala perante a um acontecimento traumático acarretam decorrências em diversos âmbitos, especialmente, repercussões emocionais (BERTO e BARRETO, 2011 apud GUIMARÃES e GRUBITS, 2004).

Pereira e Araújo (2006) deduzem que *“apesar de cada sujeito responder de acordo com sua personalidade e seu conhecimento individual, existem aspectos comuns àqueles que se confronta com a lesão medular nos primeiros anos posteriormente a instalação do quadro”* (BERTO e BARRETO, 2011 p.2).

Alterações psicológicas e comportamentais são vivenciadas de uma forma muito intensa, pelo fato do trauma em si e todas as consequências negativas decorrentes dele, causando interferências e comprometendo a saúde mental do indivíduo. Entretanto permanece a necessidade de distinguir os aspectos psicológicos para interferências eficazes e precisas dos profissionais da Psicologia (BERTO e BARRETO, 2011).

A lesão medular ou traumatismo raquimedular (TRM), como é descrito na linguagem médica, é descrito na literatura constituindo um dos quadros incapacitantes mais graves, devido ao traumatismo na medula espinhal debilita e restringe o indivíduo, comprometendo seu desempenho sensitivo-motor e afetando sua funcionalidade não só dos membros como também das funções orgânicas, sendo que a medula espinhal funciona como um caminho de entendimento entre as distintas partes do corpo e o cérebro, dominando de modo contínuo o organismo (BERTO e BARRETO, 2011).

O termo incapacidade também é muito utilizado ao se falar de deficiência. A incapacidade pode ocorrer como decorrência ou não de uma deficiência. O paraplégico possui a incapacidade de andar. No entanto, o sujeito que está em uma cama, todo engessado, também é impossibilitado, enquanto persistir determinada circunstância, de caminhar, de se locomover, de exercitar as ações da existência cotidiana com autonomia. Deste modo, o termo incapacidade determina esclarecimentos, inclusive em assunto de transitoriedade ou definitividade, sem as quais funciona como artifício que extingue com o futuro de qualquer indivíduo (LEONART, 2007).

Define-se ainda que a condição da incapacidade e a expansão dos efeitos, na lesão medular, alteram de acordo com o nível, situação e o período da lesão. Mendes (2007) expõe que o tipo de comprometimento, nos quais os danos em níveis torácicos, lombar ou sacral desencadeiam quadros de paraplegia, ocasionando implicações motoras ou sensitivas no tronco e nas pernas ou somente nas pernas (BERTO e BARRETO, 2011).

Já as lesões na altura da coluna cervical originam episódios de tetraplegia, com comprometimento de funções motoras ou sensitivas com repercussões nos braços, tronco e pernas, afetando a integridade física de modo geral. De acordo com o momento de diagnóstico da lesão e o início dos procedimentos médicos eficazes pós-choque medular, destacando a importância do atendimento emergencial, determinando a probabilidade de melhores prognóstico de recuperação (BERTO e BARRETO, 2011).

Devido à aquisição da lesão medular, Santos (2000) conclui que: *“É plausível ponderar que experienciar uma deficiência física contraída subitamente por um trauma é totalmente diferente de uma pessoa que apresenta uma lesão medular decorrente de doenças crônico-degenerativas”* (p.2). Sendo assim a questão do fato inesperado produzem efeitos extremamente impactantes, ocasionando desespero, negação e revolta. A acepção da dimensão de uma lesão medular se define por:

Dentre as doenças crônicas da modernidade, a lesão medular traumática é umas das condições de maior impacto no desenvolvimento humano. Esta condição não evolui necessariamente para o óbito, mas limita e demanda completa modificação no estilo e nas opções de vida da pessoa acometida (BERTO e BARRETO, 2011, p. 2 apud MURTA E GUIMARÃES, 2007).

Estes rompimentos ocasionam decorrências motoras que são consideradas como tetraplegia (paralisia dos membros superiores, membros inferiores e tronco) ou paraplegia (paralisia dos membros inferiores). Compreende-se a importância de distinguir as aptidões motoras legítimas indicativas a cada nível de lesão, consideradas informações da atuação ocupacional. Determinadas disposições residuais colaboram para a concretização de atividades ocupacionais, desmitificando, de tal modo, a representação de inabilidade motora total dos contundidos medulares paraplégicos ou tetraplégicos (TURCI et al, 2003).

O conflito ocasionado na vida do sujeito que contrai uma lesão medular em qualquer etapa é incomensurável, acarretando uma ruptura drástica entre a vida que apresentava anteriormente, e a nova, à qual terá que se readaptar. O indivíduo se encontra em uma categoria inteiramente incógnita, grave e incapacitante por uma extensa temporada, ou para o restante da vida, o que implica na autoimagem, na consideração da nova categoria física, em sua relação com o mundo que a cerca, e com as pessoas que a circundam, numa analogia de inúmeras deliberações para o enfrentamento da nova vida. O indivíduo que sofreu uma lesão medular tende a expor sentimentos de *“agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo e desesperança”* (p.2), considerando-se revoltado consigo mesmo, culpado e arrependido por ter ocasionado a ação que o deixou nesta condição (SCHOELLER et al, 2012).

A deficiência física contraída pode ser vivenciada como uma “morte em vida”, ou seja, o detrimento de um movimento, desfiguração, avaria ou degradações de um componente do organismo transformarão a potencialidade do sujeito, de tal maneira em sua história pessoal e afetiva, quanto profissional, podendo relacionar a circunstâncias semelhantes ao procedimento de perda por morte (ALMEIDA, sem data{sd} apud KOVÁCKS, 1977).

Em todos os domínios humanos, a provisoriedade da vida é mais bem assimilada quando o sujeito acompanha conscientemente, as transformações que ocorrem no decorrer de sua biografia e desenvolvimento, submergindo deste modo o impacto das perdas, ao passo que acolhe os resultados que as alterações proporcionam.

A morte faz parte da metodologia de desenvolvimento humano e está presente em nosso cotidiano. No percurso da existência, todo indivíduo, independente da longevidade ou brevidade, vivencia ocorrências significativas impregnadas de subsídios finais de circunstância de vida, nas quais a extinção de uma condição não implica óbito, mas elevação a uma nova categoria igualitária ou biológica. Apesar disso, vivemos em uma situação de negação da morte (FÄRBER, 2012).

O sujeito vive em circunstância provisória e muda de uma categoria a outra, por meio de uma saída imediata, cada nova etapa expressando a morte da precedente. No decorrer da vida do ser humano acumulam-se perdas consecutivas. Esses danos se distinguem em mortes simbólicas que carecem ser elaboradas, para que ocorra a resolução do luto. Enfermidades, amputações, aposentadoria e deficiências físicas representam condições que desencadeiam conflitos e inculcam no indivíduo o conceito de que a situação vivenciada e o acaso se aproximam (FÄRBER, 2012).

A categoria de transitoriedade do ser humano é fato aceito por todos os povos, de todas as civilizações e de todos os períodos. Contemporiza, entretanto, o entendimento que é arranjado desta verdade pelas múltiplas multidões humanas. O indivíduo vive em uma situação de constantes alterações, adequações e ressignificações da própria existência, visto permanecer em constante procedimento de constituição que, por ocasiões, estabelece a desconstrução de uma condição antecedente. Esses caminhos são distinguidos por anseio de morte simbólica, que se processa quando o sujeito se volta para si próprio, se recolhe e vivencia o conhecimento de um final de etapa ou de condição de vida que, sob determinado aspecto, não deixa de caracterizar-se como morte, naquele recorte exclusivo. Estas ocorrências de morte acompanham a vida (FÄRBER, 2012).

Na sociedade e em períodos em que são priorizadas a capacidade e a produção, adoecer é ser banido do ambiente no qual a existência incide, sobretudo porque a enfermidade implica dependência e condicionamento a diversas pessoas, deixando implícita a condição de secundaridade em que o sujeito encontra-se colocado. A todo custo, a doença é evitada e, quando não se obtém esse sucesso, ao menos é disfarçada. Além de apresentar a noção de temor perante o grupo social em que o indivíduo está inserido, a enfermidade acarreta em sua capacidade um alerta para a finitude da vida e a provisoriedade da autonomia do sujeito. Ou seja, mesmo que inconscientemente, o mais temido. Ao adoecer, a pessoa depara-se perante a uma ruptura com a existência em sua plenitude e isso lhe remete à consciência de sua mortalidade (FÄRBER, 2012).

A doença também é um tipo de morte. Em outras épocas, a doença teve uma fase glamorosa (por exemplo: a tuberculose): “a doença era vista como um refinamento, o sofrimento dignificando o homem” (Kovács, 1996, p. 21). Atualmente, ela é vista como fraqueza e punição, tendo em vista a interrupção à produção. De qualquer forma, a doença coloca o indivíduo em contato com sua fragilidade e finitude; ou seja, ele é afastado das suas atividades rotineiras, pode sofrer paralisias, mutilações, enfrenta muitas vezes a dor ao longo do tratamento e percebe-se enquanto ser mortal (FÄRBER, 2012, p. 12 apud COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Eventualmente, em consequência do adoecer, o sujeito confronta-se com nova variação, que determinará coragem para vivenciar angústia e morte, procedente do dano em um órgão ou membro. A despeito da analogia da essência dos indivíduos, existem realidades características que não são corriqueiras a todos, até que uma parcela expressiva as conheça. Avarias importantes são episódios que se distinguem em mortes simbólicas, que apontam para a fragilidade das convenções sociais e a precariedade das conquistas individuais (FÄRBER, 2012).

A morte como prejuízo nos fala em primeiro momento de uma conexão que se rompe, de formato irreversível, principalmente quando acontece detrimento real e concreto. Neste aspecto de morte estão envolvidas duas pessoas: uma que é perdida e a outra que lastima essa ausência, um pedaço de si que se constituiu. A morte como perda é vivida por todos nós. Ela é vivenciada, por isso é diversas ocasiões, mais receada do que a própria morte (CORRÊA, 2000).

A lesão medular espinhal acomete pessoas jovens, predominantemente na faixa etária entre 18 e 40 anos e do sexo masculino (5 homens para cada 1 mulher), sendo a fundamental etiologia a “traumática” (VASCONCELOS et al, sd apud MANCUSI E FARO, 2003) .

O TRM se estabelece como um problema de saúde pública, ocasionando graves consequências físicas e emocionais para suas vítimas e ônus para a sociedade, estabelecendo um conjunto de alterações consequentes à atuação de agentes anatômicos sobre a coluna vertebral e aos elementos do sistema nervoso nela reprimidos (VASCONCELOS et al, sd apud KNOBEL, 1994).

Os fatores de risco predominantemente, para o trauma raquimedular incluem idade, sexo, vício em substâncias, até mesmo o uso de álcool e drogas. A assiduidade com que esses fatores de risco estão integrados ao trauma raquimedular serve para ressaltar a importância da precaução primária (VASCONCELOS et al, sd apud SMELTZER e BARE, 2002).

É possível destacar que:

Atualmente, o trauma em geral representa a segunda causa de óbito em nosso país, sendo a primeira causa de morte abaixo dos 40 anos de idade. Estima-se que ocorram a cada ano, no Brasil, mais de 10.000 casos de lesão medular devidos ao trauma. Os números são alarmantes, superando a maioria das estatísticas publicadas referentes à incidência de lesão medular em outros países. Os Estados Unidos e o Japão, por exemplo, apresentam índice de 40 casos novos por um milhão de habitantes / ano. No Brasil, o índice médio em 1997, dentro da mesma proporção, foi de 71 casos novos. As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram respectivamente índices de 71 e 91 casos novos. Trata-se de um problema que cresce com o Brasil, requerendo grande atenção. Campanhas de educação e prevenção são fundamentais, bem como um tratamento mais eficiente da população sobrevivente, calculada em mais de 180 mil indivíduos (VASCONCELOS, et al, sd, p.4 apud ZERATI, 2004).

Knobel (1998) destaca que as lesões medulares ocorrem de maneira indireta ou direta. As lesões indiretas provêm da ação indireta do agente sobre a coluna vertebral, assim como na aceleração ou desaceleração imprevistas, originando flexão ou expansão anormal e, ocasionalmente, tração, compressão ou rotação. Na maioria dos casos acontecem como decorrência de colisão automobilística, esportes aquáticos ou mesmo em manobras obstétricas. Nas lesões diretas, o comprometimento é conseqüente à ação direta do agente prejudicial sobre a coluna consista em ferimentos fechados ou abertos. Frequentemente, incide como um ferimento aberto nos danos por projétil de arma de fogo e como ferimento fechado nas fraturas e entorses que acontecem com maior constância na coluna cervical ou na transição dorso lombar (VASCONCELOS et al, sd).

Uma lesão incompleta constitui a preservação dos ligamentos motores ou sensoriais (ou de ambas), embaixo do nível da lesão; enquanto que uma lesão completa sugere perda integral de domínio muscular espontâneo e da sensibilidade abaixo da lesão (VASCONCELOS et al sd apud HUDAK e GALLO, 1997).

A American Spinal Injury Association¹ (ASIA) define a lesão medular como uma redução ou avaria do desempenho motor, sensorial ou anatômico, por traumatismos dos dados neuronais dentro do canal vertebral, podendo ser incondicional ou parcial (DINIZ et al, 2012 apud ROMERO, 2008).

Os acidentes com automóveis são um grave problema em todo o mundo, sendo responsável pela maior proporção (36%) de acontecimentos de lesões medulares, acompanhados pelos atos de violência, quedas e lesões em esportes radicais (DINIZ et al, 2012; VASCONCELOS, et al, sd apud ZERATI, 2004).

¹ Associação Americana de Lesão Medular

A OMS estima que em torno de 1,2 milhão de pessoas morrem por ano em decorrências de acidentes de trânsito nas rodovias, sendo a segunda causa de mortes entre jovens de 5 a 29 anos e a terceira causa de morte entre pessoas de 30 a 44 anos (DINIZ et al, 2012 apud WHO, 2009). Além dessas mortes, estima-se que, por ano, em torno de 50 milhões de pessoas saiam feridas ou incapacitadas, vítimas de acidentes de trânsito nas rodovias (DINIZ et al, 2012 apud OMS, 2007).

Perante a repercussão na vida cotidiana do portador de trauma raquimedular e da importante contribuição dos acidentes de trânsito para a ampliação dessa ocorrência, visamos destacar o aspecto epidemiológico dessas vítimas quanto as variantes socioeconômicas, físico-motoras e averiguar a situação de comprometimento da condição de vida em consequência do trauma raquimedular. A característica da vida deste sujeito fica afetada, sobretudo nos aspectos físicos e sociais, sendo que a independência funcional é danificada (DINIZ et al, 2012).

A lesão medular é uma peça importante das deficiências físicas, sendo distinguida pelo dano da integridade física e alterações da imagem corporal, o que pode induzir a desestruturação psíquica. Posteriormente ao diagnóstico, o sujeito se encontra em uma categoria grave e incapacitante por uma extensa temporada, ou até mesmo para a vida toda, a ocorrência de alterações em sua imagem corporal, procurando a consideração devido a sua nova condição física, vindo a afetar sua relação com o mundo que o cerca (BORGES et al, 2012).

Neste caso as alterações são propagadas do mesmo modo nas distintas reações, desde as mais acentuadas até aquelas inexpressivas, que se encontram articuladas as categorias psicológicas, sociais e econômicas, além de outras intrínsecas à própria pessoa. O trauma raquimedular estabelece na contemporaneidade uma “epidemia global” e de despesa social altíssima (BORGES, et al, 2012).

3-O sujeito perante a sua nova realidade

Existem determinadas constituições de deficiências adquiridas: doenças, idade avançada ou acidentes, consistindo em oferecer evidência neste último componente em razão da proposta deste trabalho.

Kubler Ross (1998) destaca que as experiências do indivíduo que adquire uma deficiência podem ser relacionadas com as vivências de uma pessoa perante a morte, e destaca comportamentos que denomina fases que são as seguintes:

- Choque: O indivíduo encontra-se anestesiado, sem reação;
- Negação: Ele reage como se nada de grave estivesse acontecendo ou como se a ocorrência não fosse com o mesmo. É um procedimento inconsciente, uma estrutura de amparo apontando uma assistência perante a angústia da perda;
- Raiva: O indivíduo passa a perceber a extensão da lesão. Tenta culpabilizar alguém pela nova circunstância, como o quadro médico que não concretizou o diagnóstico a tempo ou que o atraso em efetivar os atendimentos ou os familiares que não acatam suas vontades e que não podem assegurar absoluta recuperação;
- Barganha: Surge como uma sugestão de transformação de rotinas em troca de sua evolução. Existe uma transação na correspondência entre a alteração de vida, como consequente ilusão de supressão do problema;
- Depressão: Procedimento de concepção autêntica da avaria. Nesta etapa, a revolta e fúria cedem lugar ao anseio do prejuízo, podendo em muitas ocasiões, proceder numa redução de tratamentos e atividades;
- Aceitação: onde existe uma probabilidade de coexistência com a deficiência, seus obstáculos e potencialidades, agregando-se a nova história;

É importante destacar que basicamente não ocorrem todas estas etapas, e que é imprescindível ressaltar em que ocasião o sujeito se depara, e, qual a sua necessidade eficaz, em que se tratando de acidentes, o indivíduo se sinta responsável pela sua sobrevivência, ou, além disso, pelo fardo que acredita ter-se tornado para seus familiares. Deste modo, é importante considerarmos à família, porque o diagnóstico de uma enfermidade ou a sequela de um acidente resultando em uma deficiência apreende não somente o indivíduo, mas toda a sua família. Ao se constatar a deficiência, inicia-se uma etapa que provoca revolução e alteração no âmbito familiar, sendo que, em determinadas ocorrências incide a desorganização e ruptura, e em distintas pode existir reorganização, união e fortalecimento. Analisando a demanda dos danos relacionados a

deficiências adquiridas, em consequência de alguma doença ou acidente, acompanham determinadas resoluções: transformações anatômicas, perda da sensibilidade, hospitalização, imobilidade, dependência, retraimento, insegurança e angústia (ZIMMERMANN, 2008).

Segundo Vash (1988), existem três níveis de importância em quem contrai uma deficiência:

-Nível 1: Reconhecimento dos Fatos- O indivíduo compreende a natureza e o alcance dos obstáculos, a perspectiva de estabilidade e os fatos da estigmatização social, mas abomina cada parcela disso. A deficiência é vista como tragédia e tem regularidade negativa.

-Nível 2: Aceitação das Implicações- O sujeito apresenta informação das realidades de suas condições sem uma aceitação de perda e evidencia consentimento do que é sem repreensão. Os eventos e as decorrências da deficiência estão interados num modo de vida selecionado. A ausência é mostrada como um inconveniente que pode ser controlado e traz regularidade imparcial.

-Nível 3: Acolhida da Experiência - A pessoa distingue que sem a deficiência seria distinta do que é e não tem pretensão de ser diferente.

No entanto permanece a importância do episódio de que a deficiência significou, significa, e permanecerá significando um catalisador do desenvolvimento, desde que lhe seja admitido constituí-lo. A deficiência, como os demais experimentos de vida, é notada como uma chance ou dádiva, e apresentando valência de caráter prático. Essas informações básicas são fundamentais para o começo de nossa atividade de intervenção (VASH, 1988).

O corpo dos paraplégicos, na região inferior a lesão, é insensível à estimulação tátil, o que deposita determinados pontos complexos perante o anseio sexual que prossegue apesar das consequências. No domínio das decorrências psicológicas, com as contribuições de Vash (1988), nos encontramos com a incoerência de ponderar em uma individualidade ou mesmo psicologia característica do portador de deficiência.

Além disso, especificamente a respeito das deficiências contraídas, Moor (1973) evidencia dois aspectos:

- o primeiro diz respeito ao período de sua instalação, que pode impedir ou frustrar planos característicos do período que se vive;
- o segundo deposita o assunto de para quem se é pessoa com deficiência, se para os outros ou para si próprio, apontando que diferente de uma falha congênita, em que o

indivíduo cresce e se desenvolvem suportando suas decorrências, os portadores de deficiências adquiridas podem confrontar-se consigo mesmo em duas ocasiões distintas, originando sentimentos de menos valia (SILVA e ALBERTINI, 2007).

A história evidencia que por um longo período o deficiente físico permaneceu afastado do convívio social, inicialmente, em razão de a sociedade compreender que esta se tratava de uma “decadência”, alguém que poderia ser exonerado por não se encaixar ao conceito de “útil” do momento, e mais tarde, foi abrigar-se em instituições, com finalidade de garantir sua proteção das discriminações acarretadas pela sociedade (ELSNER, 2012).

Nos aspectos pautados aos indivíduos deficientes, sobretudo, os que nasceram com deficiência ou que a adquiriram nos primeiros anos de existência, os obstáculos para um bom desenvolvimento educativo e cultural são incalculáveis e extensos, partindo desde a ausência de políticas públicas sólidas até a falta de condições ou passividade (conformismo) das famílias as quais elas pertencem (LEONART, 2007).

Deste modo, constata-se, uma ocasião que o alicerce, do recentemente dito, princípio da dignidade do ser humano está conectada ao momento histórico e as percepções culturais da sociedade da temporada ao qual se almeja considerar, e ainda que, o ponto de vista atualizado é obra da evolução do pensamento da sociedade humana mundial diante das distintas ocorrências históricas vivenciadas por cada geração. Caracterizado é o pensamento na antiguidade clássica, cuja compostura do indivíduo conservava vinculada a sua maneira igualitária e a sua condição de consideração pelos demais ambientes da sociedade (ELSNER, 2012).

No transcorrer da história, a humanidade apresentou-se com o enfrentamento do assunto a deficiência, presente nas características anatômicas e nos distintos pensamentos de todo ser humano. É plausível compreender que a diferença acarretou o desenvolvimento do indivíduo, sendo que o mesmo teve que se habituar-se ou pelo menos cogitar sobre as atitudes ao lidar com seu semelhante (pelo fato de também do outro ser humano), e possuir diferentes predicados singulares (ELSNER, 2012).

No universo dos portadores de deficiência, preservadas as devidas dimensões e usados os filtros compatibilizados, qualquer relato histórico essencial aos tratamentos a eles dispensados no decorrer dos anos vem sendo apresentado nessa perspectiva. Na antiguidade nascer ou tornar-se um deficiente sugeria, na maioria dos casos, ser condenado à morte, ser exterminado pelo grupo tribal. Evadiam a esse princípio os

povoados que ponderavam o mesmo como mensageiro dos deuses para favorecer a tribo (ELSNER, 2012).

A partir da Idade Moderna, passa a existir uma distinção no tratamento dispensado a estes indivíduos, em diversas províncias. Na Europa, determinados notáveis tentavam ir além de suas deficiências aproveitando sua criatividade. Podemos destacar, neste caso, o alemão Phen Farfler, vítima de paralisia, construiu a primeira cadeira de rodas, isso para que ele próprio conseguisse ter acesso ao trabalho e passeios. Sendo assim, costumes singulares e visivelmente isolados foram auxiliando os demais sujeitos na superação de barreiras (LEONART, 2007).

Nesse contexto

Se não fossem iguais, os homens não seriam capazes de compreender-se entre si e aos seus ancestrais, nem de prever as necessidades das gerações futuras. Se não fossem diferentes, os homens dispensariam o discurso ou a ação para se fazerem entender, pois com simples sinais e sons poderiam comunicar suas necessidades imediatas e idênticas (ELSNER, 2012, p.9 apud HANNAH ARENDT,1999).

Assim começa o diagnóstico do progresso do sujeito deficiente tanto no panorama mundial quanto brasileiro, e, além disso, do desenvolvimento da forma de tratamento proposta a estes indivíduos. Em meio às inúmeras sociedades mundiais, e os períodos históricos aos quais os mesmos fizeram parte, identificamos considerações e tratamentos diferentes para as pessoas com deficiência. A história manifesta os mais distintos tratamentos ao sujeito deficiente, nos quais, muitos relatos tornam-se visíveis que determinados povos adotaram atitudes de aceitação e outros de desamparo, segregação e destruição (ELSNER, 2012).

Os povos não civilizados em alguns casos eliminavam o sujeito deficiente, devido ao fato de atrapalharem a caça e a circulação natural dos nômades; em outros episódios os resguardavam com intento de agradar aos deuses e como recompensa aos deficientes nas lutas entre trios e caçadas (ELSNER, 2012 apud MOLTAL, 2010).

Mendonça (2010) menciona que os Índios Chiricoa (habitantes das matas colombianas) ou os Sirionos (tribo seminômade que habita a selva amazônica boliviana, próxima à fronteira com o Brasil) são modelos de povos que proporcionaram costumes de abandono dos idosos e dos indivíduos portadores de deficiência - do mesmo modo que os povos primitivos - em virtude da pressão pela sobrevivência, e sua constante mudança de localidade (ELSNER, 2012).

Já Alves (1992) evidencia os povos que atuavam de modo oposto, sendo que os hindus abrigavam os deficientes, julgando, por exemplo, que os deficientes visuais agrupavam qualidades de maior sensibilidade espiritual, pela falta da visão, e, conseqüentemente, eram indicadas para exercer funções religiosas. Ressalta-se assim, que o desenvolvimento das sociedades e também as diversificadas civilizações e religiões consentiram que o indivíduo transformasse sua forma de tratamento em consideração as pessoas com deficiência, evidenciando a apreensão perante o comportamento mais apropriado, na acepção de oferecer exclusivamente auxílio ou de concretizar a readaptação para o trabalho adequado (ELSNER, 2012).

A sociedade constitui os elementos de identificar o indivíduo e o total de características consideradas como corriqueiras e correspondentes para os componentes de cada uma desses grupos. Ao deparar com um estranho, diversas aparências nos permitem antever a sua hierarquia e os seus predicados, a sua “identidade social”. Com base nestas preconcepções, nós as transformaremos em perspectivas normativas expostas de maneira rígida, fazendo determinadas afirmativas em relação àquilo que o sujeito que está a nossa frente careceria ser (GOFFMAN, 1988).

No entanto, este estranho tende a apresentar evidências de que ele possui uma característica que o torna diferente dos demais que fazem parte desta categoria na qual pretendia se incluir, sendo considerado um ser menos desejável, deixando de considerá-lo comum e total, restringindo-o a uma pessoa deteriorada e enfraquecida. Esta particularidade é definida como um estigma, principalmente quando a sua consequência de descrédito é muito grande, sendo em determinados casos considerado como um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem, estabelecendo uma discrepância peculiar entre a identidade social virtual e a identidade social real (GOFFMAN, 1988).

O indivíduo com lesão medular encara e compreende sua condição de modo distinto tendo em vista sua relação familiar, a habilidade de se autogovernar, a concretização de atividades da vida diária e estabelecimento de novas finalidades de vida. A deficiência é agravada pela articulação com a pobreza, destaca-se que a ausência de acesso à educação, conhecimento, prevenção em saúde e utilidades de consumo essenciais ao enfrentamento da própria condição. Em compensação, o ingresso de técnicas assistenciais minimiza as dificuldades acarretadas pela deficiência (BORGES et al, 2012).

Devido à categoria “alterações em seu cotidiano”, dá início à percepção da mudança na vida, onde se pode constatar o quanto uma lesão medular transforma a

maneira de o indivíduo compreender sua realidade a partir de sua nova forma de vida, apresentam como sendo angustiante o sentimento de perda que surge perante a sua nova condição e tão devastador e impactante o dar-se conta da lesão que o sujeito encontra-se com a imprecisão entre o desejo de viver ou abdicar decididamente da vida (BERTO e BARRETO, 2011).

Demonstra-se o quanto é predominante e intenso o sentimento e a percepção das mudanças ocorridas em sua vida, este fato ocorre, sobretudo por necessitar da ajuda de outras pessoas, sendo que o assunto da dependência é determinado como uma intensa limitação vivenciada no cotidiano e de complexa concordância. O sentimento de incapacidade perante as atividades de vida diárias (AVDs) reforça sua condição de limitado fisicamente e distingue sua posição de dependente. A partir do momento que o sujeito se torna mais independente na concretização dos seus afazeres básicos diários ele adquire mais autonomia e confiança (BERTO e BARRETO, 2011).

De acordo com Becker (1997), em seus relatos a maioria de seus pacientes, apresenta que devido à situação do indivíduo precisar da ajuda de outras pessoas na realização de qualquer tipo de atividade, mesmo as mais básicas, desencadeia uma situação extremamente degradante e vergonhosa, podendo ser mais complicado, na maioria das ocasiões, do que suportar a própria enfermidade ou a angústia. Entretanto aqueles que ainda se encontram em fase de adaptação percebem as atividades fundamentais consistem em seus maiores problemas vivenciados, os indivíduos que são portadores da lesão há mais tempo consideram a insegurança nas categorias de acessibilidade como os maiores desafios a serem confrontados em seu cotidiano (BERTO e BARRETO, 2011).

A despeito do amplo número de deficientes, no Brasil são insuficientes os estudos em saúde voltados a este assunto e os profissionais de saúde necessitam de maiores conhecimentos sobre as especificidades no procedimento de saúde e enfermidade destas pessoas e, portanto, das necessidades de cuidado que elas apresentam (BORGES et al, 2012).

Amaral (1995) apresenta que as estruturas psicológicas de defesa necessitam ser abrangidos como reações a circunstâncias de advertência e perigo inerentes, simbolicamente, à apresentação do desconhecido, do estranho, do novo, do diferente. Ao pressentir a ameaça encontrando-se na presença de uma circunstância de perigo são acionados os movimentos de ataques ou fuga, consistindo na reação desencadeada frente à contestação uma de suas manifestações. Perante a essa rejeição, implícita em

diversas ocasiões, podem incidir, nas afinidades sociais, atitudes de desamparo, superproteção ou negação da própria diversidade. A perspectiva de recuperação novamente é distinguida como sendo a maior motivação para dar prosseguimento à vida

Compreende-se o quanto a esperança estabelece um motivador endógeno (um estímulo que tem origem no interior do organismo) essencial para a sobrevivência emocional desses sujeitos, direcionando todas as suas probabilidades existenciais que visam atingir o propósito essencial de cura, de regresso a sua condição física precedente à enfermidade. E novamente revelaram emoções ambivalentes devido à nova experiência de vida que consentem a abrangência de que ter se tornado deficiente é uma categoria de vida perturbadora e na maioria das vezes angustiante, cujo equilíbrio emocional está suscetível aos acontecimentos da vida cotidiana (BERTO e BARRETO, 2011).

O sujeito se encontra em situação de vulnerabilidade a toda ocasião na qual se encontra com ocorrências que o impedem de viver senão de modo pleno, mas de concordata com as precisões de demonstração anatômica de sua personalidade. Esta ocorrência acarreta sofrimento emocional e psicológico. A experiência de ser lesado medular abrange uma série de desafios e adversidades diárias de resolução biopsicossocial que intervém negativamente no modo de compreender a nova condição de vida (BERTO e BARRETO, 2011).

O período de convívio com a deficiência está relacionado com a forma de entender-se e dispor-se diante de sua realidade, destacando que quanto maior o período de convivência com a deficiência, ainda que constitua a ressalva de sua negação, e a instabilidade emocional, os indivíduos evidenciam ter adquirido maior compreensão de si e de seu atual estado, reconhecendo-se como sendo uma “pessoa melhor”, com perspectivas de recuperação do desempenho motor perdido e na procura de uma vida com mais qualidade, evidenciando assim possuírem expectativas de vida (BERTO e BARRETO, 2011).

É imprescindível pontuar que quanto ao evento de depositarem esperanças de remissão total das conseqüências tem que se desmitificar a expectativa imaginária da probabilidade da real recuperação sentida por estes indivíduos, consentindo a eles habituarem a estas avarias e a inaptidão de maneira mais realista, passando pelas etapas indispensáveis e essenciais ao método de elaboração, permitindo deste modo respostas emocionais mais adaptativas (BERTO e BARRETO, 2011).

São diversas as percepções que o sujeito tem acerca da lesão medular. Eles relatam que compreenderam um extenso espectro de probabilidades, desde a percepção de incondicional ineficácia para vivenciar sua nova condição, até a consignação real de metas a serem perseguidas gradativamente, que procedessem na autonomia do sujeito, enquanto pessoa capaz de serem suficientes para cuidar de si próprios (BORGES et al, 2012).

Alguns deles ponderaram que a lesão medular não constituía uma demanda a ser analisada, evidenciando a questão pelo fato de não se considerar diferente, ter a capacidade de ir aonde quiser, mesmo não sendo completamente independente, precisando de alguém que o ajude em sua locomoção, participando de atividades que deseja não se considerando uma pessoa diferente apesar de se locomover em uma cadeira de rodas (BORGES et al, 2012).

O indivíduo portador de lesão medular possui distintas percepções relacionadas à autonomia que esta possui ou almeja estabelecer. Ao perceber-se ineficaz perante a uma circunstância, faz com que o sujeito sinta-se impossibilitado de ser autossuficiente, o que pode desencadear uma consequência negativa no método de reabilitação no qual a procura da autonomia é uma das principais finalidades. Apesar do aumento das dificuldades e limitações enfrentadas pela ocorrência da lesão. Entretanto foram construídas estratégias distintas proporcionando-lhe o enfrentamento, originando diversas percepções perante a sua nova realidade, em uma relação lógica entre autonomia e capacidade de conquistar mais independência e lidar com sua nova realidade (BORGES, et al, 2012).

É dever de a sociedade permitir o enfrentamento das condições que terá que enfrentar de agora em diante com o intuito de construir sua autonomia. Ainda assim, consisti em encontrar inúmeras dificuldades que fazem com que o indivíduo compreende-se diferente dos demais e arrisque-se a constituir estratégias para confrontar, além de suas limitações, cabe a ele enfrentar os desafios impostos pela própria sociedade (BORGES et al, 2012).

O prejuízo de si próprio e o indivíduo ideal é aquele anterior à sua nova realidade resultante de um acidente de trânsito, existindo a valorização da perda e do passado, em avaria das habilidades remanescentes, uma vez que assemelham não possuir utilidade e perspectivas de mudança ou melhora. O método de reabilitação é comprometido pela confusão dos sentimentos, sendo comum e esperado a ocorrência

disto nas múltiplas fases da reabilitação, fazendo parte do dia-a-dia destes sujeitos que residem com modificações precipitadas em suas vidas (BORGES et al, 2012).

Permanece manifesta a possibilidade de o sujeito ir além de sua nova condição de vida, os obstáculos estabelecidos pela lesão medular induzem-os a distinguir sua deficiência e estabelecer pequenas metas e constantes, sendo um complicado procedimento que estabelece modificações constantes nas tradições e atitudes no qual o assunto fundamental é a consideração de que, a despeito das amplas modificações é plausível seguir em frente com característica e ter planos (BORGES, et al, 2012).

A idade na qual advém a lesão é um importante ponto na metodologia de enfrentamento manifestando que, a lesão medular sofrida na infância acarretaram menores dificuldades de ajustamento do que aqueles que passaram por estas incidências já durante a fase adulta, caracterizando também a sua percepção de acordo com a ocasião em que ocorreu a lesão. Para a criança existe a facilidade de se adaptar melhor ao sofrer lesão medular do que para o adulto, que deve se adequar a sua nova condição e substituir sua rotina já existente e estabelecida no decorrer de sua vida, por outra inteiramente diferente. No entanto a criança habitua-se a grande facilidade ao seu corpo e ao ambiente já com as limitações físicas presentes, só que no caso do adulto, a situação é um pouco mais complicada, pelo fato da necessidade de desenvolver novas estruturas com a finalidade de concretizar atividades antes realizadas sem nenhuma dificuldade (DINIZ et al, 2012).

Independentemente do tempo que passou após a incidência da lesão, ou mesmo da idade do sujeito, ocorrem limitações. O que muda, no entanto é percepção que ela possui acerca do que está vivenciando, pelo fato do adulto manter presente a imagem de sua condição antecedente de não deficiente, sendo que a decorrência da lesão medular durante os primeiros anos de vida predomina a imagem de sua atual condição física. É evidente que a percepção transforma-se de acordo com o modo de cada sujeito encarar a sua nova condição de vida, possibilitando a ressignificação de sua experiência, alcançando novas probabilidades de participar ativamente na sociedade, resgatando a autoconfiança, o anseio de viver, procurando constantemente pela superação das dificuldades, apresentando, como resultado, a evolução da sua qualidade de vida (DINIZ et al, 2012).

São diversas as etapas que o indivíduo passa para se adaptar à sua nova realidade, não impedindo o prolongamento do desenvolvimento de suas metas, seus planos e trabalhar com intuito de aprimorar sua qualidade de vida, prosseguindo o

estabelecimento de probabilidades com intuito de sustentar suas perspectivas de vida, até mesmo expandindo as possibilidades de superação. O enfrentamento da nova condição de vida do sujeito com lesão medular fornecido pelo estabelecimento de desígnios concretos e passíveis de serem alcançadas faz com que o mesmo se torne independente, sendo capaz de realizar suas próprias atividades diárias, sendo que, a autonomia desta pessoa com lesão medular não está pautada, excepcionalmente, ao seu nível de lesão, ou quanto à sua classificação de independência funcional (DINIZ et al, 2012).

O indivíduo portador de TRM, ao constituir estratégias concretas para o enfrentamento de suas limitações constrói a capacidade de ultrapassar seus próprios limites, sendo independente, autônomo, confiante em si próprio e dependendo cada vez menos dos seus possíveis cuidadores (DINIZ et al, 2012).

As reações vivenciadas pelo indivíduo ao adquirir o TRM depende muito do estágio de vida que se encontra no momento que passa por esta diversidade, sendo que o modo que ele é visto e percebido pelos demais e os afazeres habituais interrompidos, ocorrem de estilos distintos em cada estágio de vida. No que expõe em consideração ao formato de disposição da deficiência, o experimento de uma incidência muito próxima com a morte na sobrevivência a um acidente, com intuito de exercer controles para o indivíduo (VASH, 1988).

A obtenção da deficiência altera o dia-a-dia do sujeito, tendo que se habituar a nova realidade e a determinação de novas exigências pela sua condição. A reabilitação não distingue exclusivamente à recuperação do órgão ou componente afetado, e sim no completo resgate do indivíduo, reparando a sua disposição intensificada e benéfica à sociedade, com o objetivo de obter o máximo de desenvolvimento, funcionamento e consistência nos diferentes âmbitos de sua vida (VASH, 1988).

Os seres humanos, por temperamento, são distintos uns dos outros. A diferença reprimida na pessoa portadora de deficiência expressa à diversidade da natureza e qualidade humana. Entretanto, existe uma restringida tolerância em relação a essas diferenças, tornando-os demasiadamente diferentes marcas de alguma coisa que deve ser evitada. A deficiência física e seu sinal anatômico demonstram a diferença entre o completo e o fragmentado, o perfeito e o imperfeito e está impregnada de estigmas e valores preconceituosos, o que deposita o deficiente físico às margens da sociedade (PACHECO E ALVES, 2007).

Deste modo, o preconceito social que permanece em relação ao deficiente é uma dificuldade da sociedade que estigmatiza, contudo também é um problema individual. O preconceito passa a existir no procedimento de socialização, constituindo um acontecimento psicológico, com amostra individual, finalmente “*o preconceito diz mais importância às necessidades do preconceituoso do que às particularidades do seu componente*” (PACHECO E ALVES, 2007, p. 6).

Considerando assim, ao mesmo período em que a cultura é o embasamento do preconceito, quem irá atribuir atributos particulares (de acordo com suas obrigações singulares) ao componente do preconceito, é o próprio preconceituoso, sendo importante atentarmos aos aspectos históricos do preconceito em nossa civilização, para que possamos adotar uma atitude mais reflexiva e crítica acerca da definição da deficiência em nossa sociedade. Enfim, é imprescindível reconhecer que o preconceito e a diferença permanecem para dar início a ultrapassá-los (PACHECO E ALVES, 2007).

Destacamos também, adequadas atitudes perante a questão da deficiência, que foram surgindo no decorrer da história, como a da “marginalização/eliminação, segregação, integração e inclusão social”. Estas posturas não são estanques em nosso cotidiano, constituindo assim maneiras que conversam entre si, em uma oscilação lógica, de articulação, intervindo, ainda nos dias contemporâneos, no jeito como observamos o sujeito deficiente. Deste modo, contando que ainda possamos deparar com esclarecimentos religiosos ou míticos para as deficiências, a medicina e a ciência beneficiaram uma leitura organicista desta, em que passa a ser presenciado primariamente como um problema médico acompanhado, as considerações sociais que vão reavaliando a visão do sujeito deficiente (PACHECO E ALVES, 2007).

Ainda analisando a importância da inclusão social nesta trajetória histórica, é evidente que não basta negarmos as diferenças e incluir o sujeito deficiente à sociedade deste modo como está, para que o mesmo possa assumir sua função inteiramente. Daí passou a existir a obrigação de se refletir sobre a inclusão social, quando indivíduo e sociedade mobilizam-se para as imprescindíveis alterações, enfatizando igualdades de direitos e oportunidades aos cidadãos. Estas atitudes caracterizadas influenciaram e ainda influenciam a maneira como observamos o sujeito deficiente. Portanto, deparamos atualmente, com mudanças na intensidade, atitudes idênticas às do período pré-científico no qual o deficiente não era respeitado, por exemplo, como ser humano, no trabalho com reabilitação dos portadores de deficiência, vem compreender o quanto todo este histórico de preconceito e exclusão interfere não somente na atitude

discriminatória dos não deficientes, como também no preconceito voltado a si próprio pela pessoa com deficiência (PACHECO E ALVES, 2007).

O preconceito voltado a si próprio tende a abalar a identidade do indivíduo, sua autoconfiança, valorização de suas potencialidades, qualidade de vida, o que, em parte, explica o conflito que a deficiência pode acarretar à vida da pessoa. Por fim, além dos danos adequados da deficiência (concretas e subjetivas), esta pode surgir um estigma cultural, que pode ter sido assimilado pelo indivíduo no procedimento de socialização. A metodologia de reabilitação, quando fundamentada no paradigma de inclusão, proporciona maiores probabilidades para que o indivíduo nela inserido reflita sobre as importâncias que a cultura pode ter com afinidade à deficiência e, deste modo, se torne um agente de transformação neste contexto social (PACHECO E ALVES, 2007).

Segundo Cohen (2006, apud STIKER, 1982) um olhar sobre este outro corpo deficiente busca diminuir os efeitos do que muitas vezes é visto como uma doença incapacitante ou “má formação”, sendo relevante destacar a importância de um tratamento diferente, refletindo uma nova posição de relacionar a deficiência com o ambiente, demonstrando a evolução de paradigmas e na passagem de “modelo médico de deficiência” para um “modelo social de deficiência”. Para o sujeito deficiente, além das limitações devidas ao corpo, tendem a existir conflitos na relação entre as diferentes práticas corporais e na falta de adaptação do meio para atender suas necessidades espaciais.

A forma como se "observa" o sujeito deficiente é transformada de acordo com os valores sociais, morais, filosóficos, éticos e religiosos adotados pelas diferentes culturas em diferentes momentos históricos. Deste modo, o preconceito pertinente à deficiência mesmo que por diversas ocasiões passe a existir com configuração diferente, ainda acontece nos períodos contemporâneos, sendo proeminente pontuarmos a trajetória histórica dessa população (PACHECO E ALVES, 2007).

De acordo com Neri (2003) o sujeito portador de deficiência física possui limitações que diversas vezes não o incapacita ou provoca desvantagens para a realização de determinada atividade, mais acendem estigmas individuais e coletivos. Essas deficiências sociais se apresentam como desvantagens, uma vez que estereótipos e discriminações impedem que a pessoa com deficiência tenha uma vida normal em sociedade. Uma das principais fontes de preconceitos é a desinformação existente acerca das potencialidades, desejos e dificuldades, destes indivíduos.

No entanto, compreender o sujeito deficiente físico, por meio de sua própria identidade, requer o entendimento de sua existência, no que diz respeito a sua condição de sujeito estigmatizado. O deficiente físico tende a se sentir desrespeitado e não aceito pelo fato de não corresponder às expectativas da sociedade, onde tudo é feito para os ditos “normais”, além de carregar um estigma imposto (nascer deficiente ou se tornar um no decorrer da vida) (AIHARA, 1988).

Ela ainda destaca que para o sujeito dito “normal”, o deficiente é visto como um ser incompleto, sendo segregado no meio em que vive, tendo suas possibilidades de vida reduzidas e, na maioria dos casos eles não vivem, apenas existem, já que para eles não há espaço e, muito menos, um lugar na sociedade condizente com sua condição de sujeito deficiente físico.

A realidade do sujeito deficiente físico modifica seu modo de perceber esta situação que está vivenciando, descrevendo como sendo angustiante a sensação de perda, surgindo perante sua nova condição de vida, tão impactante e devastadora o dar-se conta da deficiência pela qual foi acometido, o sujeito depara-se com a dúvida entre querer viver ou desistir da vida definitivamente. Ao entrarmos em contato com o diferente desestabilizamo-nos, tendo assim a necessidade de buscarmos o equilíbrio faz-nos lidar com o sujeito deficiente de modo a generalizar sua condição, ultrapassando os limites de sua incapacidade específica (AMARAL, 1994).

Os deficientes não são iguais entre si - enquanto deficientes e enquanto pessoas devem estar atentos às especificidades de cada um e suas singularidades, apoiando-os em sua adequação ao desempenhar suas atividades, sem restrição. O choque de adquirir uma deficiência pode ser traumático, a interrupção ou a distorção do processo de desenvolvimento normal do indivíduo tende a ser mais grave do que as próprias consequências da deficiência (FIGUEIRA, 2014).

O autoconceito da pessoa portadora de deficiência possui expressivas decorrências devido ao seu desenvolvimento com obstáculos ou adaptação. Independente de ser adquirida ao nascer ou no decorrer da vida, a deficiência influencia na obtenção de aprendizagens, relação com os familiares, com a sociedade, incluindo o ambiente de trabalho e estruturação psíquica do sujeito (AMIRALIAN et al, 1997).

É comum o indivíduo com alguma incapacidade recém-adquirida ser bombardeado por múltiplos dispositivos desde os mais simples até os mais complicados. Entretanto, na maioria dos acontecimentos, quando não existe uma equipe interdisciplinar com um olhar contextualizado e funcional da circunstância, a finalidade

torna-se mal conduzida, o que leva a renúncia dos mesmos pelo paciente (TURCI et al, 2003).

Como o conceito de discriminação em sua acepção negativa e ilícita, no entendimento jurídico, define-se:

Discriminação é a conduta pela qual se nega à pessoa tratamento compatível com o padrão jurídico assentado para a situação concreta por ela vivenciada. A causa da discriminação reside, muitas vezes, no cru preconceito, isto é, um juízo sedimentado desqualificador de uma pessoa em virtude de uma sua característica, determinada externamente, e identificadora de um grupo ou segmento mais amplo de indivíduos (cor, raça, sexo, nacionalidade, riqueza, etc.). Mas, pode, é óbvio, também derivar a discriminação de outros fatores relevantes a um determinado caso concreto específico (ELSNER, 2012 p.7)

4-A reabilitação e a inclusão do sujeito deficiente

Segundo Figueira (2014), a reabilitação do sujeito portador de deficiência é importante não só no sentido físico, mas também no sentido emocional ao longo de sua vida. O embate da perda de um membro ou o fato de adquirir uma deficiência tende a acarretar um trauma. A interrupção ou a distorção do processo de desenvolvimento normal de um adulto pode ser mais grave do que as decorrências diretas da deficiência em si, sendo assim, a inquietação inicial dos centros de reabilitação não deve ser a própria deficiência da pessoa e, sim, a preservação e continuação, tanto quanto possível, do desenvolvimento normal desse indivíduo.

O acompanhamento psicológico ajuda o sujeito deficiente a conhecer e a lidar melhor com suas limitações, libertando-se de um bloqueio ou até mesmo dos tabus impostos a ele, permitindo-se descobrir suas reais potencialidades, sendo importante recuperar sua autoestima, desenvolvendo a confiança em sua capacidade de pensar e encarar os desafios do cotidiano (FIGUEIRA 2014).

Aqui compreendida como um procedimento desenvolvido por uma equipe multiprofissional de saúde, de duração limitada, a reabilitação tem por finalidade é proporcionar ao indivíduo deficiente o alcance a um grau físico, mental, funcional e/ ou social excelente, que o possibilite alcançar as metas de vida estabelecidas nesta ocasião. Deste modo, a reabilitação garante o pré-restabelecimento das funções físicas remanescentes do indivíduo, beneficiando a melhora da condição de vida deste, evidenciando os aspectos bio-psico-sociais (PACHECO E ALVES, 2007).

Todo um conjunto de ocorrências históricas (desde as tendências humanistas da época, até a oportunidade do portador de deficiência em revelar sua potencialidade bem-sucedida nas ocasiões de mão-de-obra insuficiente, a necessidade de reintegração social dos feridos em combate e o desenvolvimento tecnológico e nas ciências médicas) culminou para o estabelecimento e desenvolvimento da reabilitação destinada a estas pessoas. Entretanto é possível averiguar que os sujeitos inseridos nestes contextos, influenciaram novamente determinadas mudanças procurando a não sustentação do movimento segregatório e de exclusão que vinha sendo efetivado com relação ao sujeito deficiente. Enfim sociedade e indivíduo deparam-se em um método dialético no qual ambos interferem-se e estabelecem-se reciprocamente (PACHECO E ALVES, 2007).

A consideração à diversidade e à diferença, não é o indeferimento destas e das necessidades características do sujeito portador de deficiência. No entanto, para que

realmente exista o respeito à pessoa deficiente, é necessário que a sociedade apresente probabilidades de desenvolvimento, constituindo a participação da mesma um procedimento que deve ocorrer respectivamente aos programas de reabilitação e esforços deste indivíduo (PACHECO E ALVES, 2007).

No processo de reabilitação o suporte social é imprescindível, pelo fato de proporcionar melhor ajuste às restrições produzidas pela lesão medular. Os familiares representam o alicerce que influencia na percepção do indivíduo sobre si próprio. A condição de vida de o lesionado medular está vinculada à reabilitação, artifício que promove o ajustamento à nova categoria através da constituição de alternativas para o bem-estar funcional, desenvolvimento da segurança e inserção social. A sua percepção prática perante a sua situação intervém em sua qualidade de vida, e, para que isso ocorra é essencial o comparecimento da família. O âmbito familiar é responsável direto pelo cuidado do indivíduo, estimulando-o a adquirir táticas de enfrentamento às restrições, visando sua autonomia, adotando modos distintos para encarar determinadas situações (BORGES et al, 2012).

A trajetória do sujeito portador de deficiência é marcada por preconceitos e lutas em benefício ao direito à cidadania, de acordo com cada tradição dentro das sociedades. Aranha (2001) evidencia que este paradigma parte da hipótese de que estes indivíduos têm direito à convivência não segregada e ao acesso aos recursos acessíveis aos demais cidadãos. Com intuito de garantir essa distinção buscaram-se a liberação de assistências de diferentes constituições determinadas como: apoio social, econômico, físico e instrumental cujo emprego reside em beneficiar a inclusão social. Nestes termos incube destacar que inclusão é

Processo de ajuste mútuo, onde cabe à pessoa com deficiência manifestar-se com relação a seus desejos e necessidades e à sociedade, a implementação dos ajustes e providências necessárias que a ela possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado (FERNANDES et al, 2011, p. 10 apud ARANHA, 2001).

Sendo que não existirá inclusão de sujeitos portadores de deficiência à medida que a sociedade não for inclusiva. Consequentemente, este paradigma de inclusão coloca a obrigação de não só o sujeito deficiente mudar e habituar-se à sociedade (integração), mas de a sociedade também modificar e promover adaptações para o método de desenvolvimento do indivíduo e da adequação da realidade social para a vida do mesmo na sociedade (FERNANDES et al, 2011).

Na passagem do século XX para o XXI, surge o exemplar da inclusão, consistindo em um movimento contemporâneo e ainda não abrangido integralmente pela teoria e nem assimilado na prática por aqueles que lidam com indivíduos afastados socialmente, entre eles os deficientes (VEIGA, 2008).

De acordo com Sasaki (1997), a inclusão social constitui, no entanto, um método bilateral no qual o sujeito, até então, excluídas, e a sociedade buscam, juntamente, a solução das dificuldades apresentadas, definindo os recursos e concretizando a equiparação para todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE {MS}, 2008).

Por meio de conhecimento aberto da história pública e política, o deficiente físico começou a colocar em pauta e a apropriar-se de novos princípios, direitos, percepções e paradigmas. Nesta circunstância, a vertente da inclusão ganha proporção e dá início a intensas transformações na maneira como a sociedade constitui o ponto de vista e tece relações com o indivíduo (OLIVEIRA, 2010).

Tanto a integração quanto a inclusão, conservam rigorosa relação com as grandes guerras mundiais, responsabilizadas pelo acontecimento em uma situação elevada de pessoas com deficiência no século XX e, posteriormente, em decorrência dos acidentes, que vem aumentando significativamente desde a revolução industrial, obtendo recentemente recordes jamais antes idealizados (LEONART, 2007).

Em instantes as guerras e os acidentes, tem o poder de transformar indivíduos considerados normais em deficientes, que de uma hora para outra deixam de ser hábeis e autônomos para o trabalho e realizar muitas atividades do cotidiano. No entanto, incluí-las no rol dos deficientes implica no aumento do poder de desempenho, político e de afirmação desse segmento. Se atualmente, a sociedade dá passos expressivos em direção à inclusão, à concretização dos direitos desta ocorrência importante da sociedade, sem dúvida, este fato tem muito a ver com aqueles que se tornaram deficientes na fase adulta (LEONART, 2007).

Mesmo existindo nos dias atuais instituições segregativas e assistencialistas, compreende-se que o reconhecimento do deficiente físico como um indivíduo com méritos próprios e sua potencialidade, que pode ser reabilitado, é hoje irreversível em nossa sociedade. A inclusão social está fundamentada em um modelo médico da deficiência, na qual a mesma é analisada como uma dificuldade do indivíduo, sendo o deficiente quem necessita ser tratado e reabilitado para se ajustar à sociedade como ela é. A ideia de conexão social passou a existir como uma opção perante o método de exclusão social a que o portador de deficiência viu-se submetido no decorrer do tempo.

O princípio de normalização, que apresentava como base a ideia de que toda pessoa deficiente possui o direito de experienciar um padrão de vida que é comum à sua civilização (PACHECO E ALVES, 2007).

Deste modo, ao invés de incluir estes indivíduos à sociedade, designavam-se ambientes o mais semelhante possível com aqueles da população em geral, para o deficiente viver, sendo que este acontecimento não afastava a atitude de segregação desta prática. A inclusão social foi distinguida como uma técnica que inseria a pessoa portadora de deficiência na sociedade. Entretanto, isto só acontecia nas ocorrências em que o deficiente permanecesse de determinado modo capacitado a superar os obstáculos físicos, programáticos e atitudinais nela existentes, correspondendo a um empenho unilateral do mesmo, sem nenhuma transformação por parte da sociedade, não satisfazendo, portanto, os direitos destes indivíduos à equiparação de oportunidades. A reabilitação concretizada de acordo com o paradigma de inclusão social proporciona uma finalidade que nem sempre é obtida, uma vez que recusa a diferença existente na deficiência (PACHECO E ALVES, 2007).

A prática da inclusão social aos poucos surge suprimindo a técnica da coerência igualitária e parte do princípio de que, para inserir todos os indivíduos, a sociedade precisa passar por uma mudança capaz de atender as necessidades de todos: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, empecilhos sociais, culturais e subjetivos. Neste sentido, a inclusão social dos deficientes significa possibilitar a eles, respeito a suas necessidades provenientes da sua condição. A saúde do sujeito é analisada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a partir de cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades do seu cotidiano e o ambiente social de cada um. Esta percepção apresenta maior nitidez sobre a característica do funcionamento dos atos exclusivos e dos resultados sobre a inclusão dos mesmos, admitindo expor circunstâncias relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas ressalvas (MS, 2008).

A atual Política Nacional, implantada no âmbito da Saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do deficiente, cujo objetivo é reabilitá-lo na sua aptidão funcional e no seu comportamento humano – de modo a colaborar para sua plena inserção em todos os domínios da vida social – e resguardar a saúde do referido segmento populacional, assim como precaver agravos que gerem a manifestação de deficiências. As atuações de saúde em relação ao portador de

deficiência, deste modo, apresentarão como eixos básicos o diagnóstico e a orientação adequados dos métodos pertinentes às deficiências, indispensáveis para prevenir e até bloquear ou minimizar as restrições e as desvantagens delas decorrentes (MS, 2008).

Perante a atual realidade, em que posturas incoerentes convivem e influenciam na qualidade de vida dos deficientes, pondera-se que existimos em um período caracterizado pela batalha contra o preconceito e pelo maior consentimento da deficiência como uma condição da pessoa que nada descreve a respeito de seu caráter, suas perspectivas e seus potenciais. Deste modo, o que se ressalta recentemente é que além das empresas especializadas na recolocação profissional do deficiente, ele próprio procura sua inserção profissional. Todo este contexto acarreta resultados importantes na inclusão social, pelo fato de ter aberto um espaço ao indivíduo, colaborando intensamente com a mudança do deficiente e da aceção a ele infligido pela sociedade (PACHECO e ALVES, 2007).

CAPÍTULO III

PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA: ENCONTROS E DESENCONTROS

1-Considerações sobre a concepção e a profissão do psicólogo

Atualmente pondera-se a psicologia em desempenho de todo um contexto histórico em desenvolvimento. Neste caso, chega-se a um acordo de que a atuação do psicólogo junto ao deficiente, suas dificuldades e o constante movimento na procura de métodos e testes específicos como opções de intervenção, nos remete a um local reservado, que é uma análise precisa da constituição e desempenho do mesmo (ROSA, 2003).

A profissão do psicólogo foi regulamentada por meio da Lei n 4119 de 27 de Agosto de 1962, no Brasil, aumentando seu quadro de profissionais a cada ano. O assunto da instauração e da profissão do psicólogo passou a ser elemento de estudo de determinados profissionais preocupados em compreender sua biografia e implantação na sociedade brasileira, dos quais se destacam Mello (1977), Achcar (1994), dentre outros (ROSA, 2003).

Mello (1977) pondera a profissão analisando os ensejos que beneficiaram e concretizaram suas linhas gerais no começo de sua implantação. A psicologia sustentava o seu estilo de aproveitamento nos campos da indústria, educação e clínica, inclusive antes de ser distinguida enquanto profissão em 1962 (ROSA, 2003).

No entanto, ocorreram dificuldades a serem enfrentadas na passagem para a profissionalização.

Hoje, a profissão e o ensino da Psicologia enfrentam dificuldades que, aparentemente, nascem da separação entre técnica e ciência. A separação é real. As técnicas foram e são transplantadas de seus países de origem enquanto técnicas e com vistas à aplicação imediata. A ciência da qual elas derivam aparece como um acessório à utilização das técnicas. Mas essa utilização das técnicas se dá à margem do Ensino Superior. Assim, a partir da lei n. 4119 os profissionais devem ser diplomados em cursos superiores de Psicologia, mas a Psicologia Aplicada já possuía uma história que imprime seu selo nos novos cursos e na profissão. Por um lado, os cursos se manifestam impotentes para dinamizar a profissão e ultrapassar as fórmulas socialmente pobres das velhas profissões liberais. Por outro, os cursos universitários continuam não realizando sua vocação científica, capaz de criar um padrão diverso do simples consumo de conhecimento que são transplantados, no mais das vezes, em função das técnicas. Em suma, antes de 1962, os cursos superiores de Psicologia não eram profissionalizantes; após a regulamentação dos cursos, e da profissão, tornaram-se estritamente profissionalizantes, de acordo, aliás, com a própria Lei n. 4119 (ROSA, 2003, p. 35-36 apud MELLO, 1977).

Os primeiros currículos dos cursos de constituição reafirmavam o caráter clínico e de profissional liberal do psicólogo, com disciplinas que ofereciam evidência na formação o Psicodiagnóstico, as Psicoterapias e os Métodos de Análise Psicológica, priorizando o atendimento subjetivo, nos moldes do padrão médico de consultório, resultando na atrofia de outros campos de atuação historicamente antecedentes ao método clínico adequado como as áreas da indústria e escolar. Em sua análise, Mello (1977) destaca que existe uma avaria ainda maior quanto ao sistema de ensino como um todo (ROSA, 2003). Concluindo

O resultado mais aparente, desse modo de pensar a Psicologia e suas aplicações, é que os cursos ganharam uma unidimensionalidade compacta, de maneira que não apenas formam psicólogos clínicos, mas transformam os alunos, graças ao conteúdo predominante das disciplinas, em psicólogos clínicos (ROSA, 2003, p. 36 apud MELLO, 1977).

Destaca, conseqüentemente, que a profissão de psicólogo, no Brasil, é uma profissão com uma representação eminentemente clínica e feminina. Sendo assim, averigua que a concepção, de certo maneira, ressalta o atendimento individual e em grupos pequenos, prevalecendo-se de um exemplar padrão de atendimento ao paciente, baseado no modelo médico, que o psicólogo carrega, independentemente do local que trabalha conectado a uma falta de nitidez no uso de exemplares alternativos de trabalho (ROSA, 2003).

No que se menciona ao âmbito de atuação, considerado amplo em Psicologia, evidenciamos que seu aproveitamento se restringe a insuficientes probabilidades, nesta definição, o diagnóstico exposto aqui destaca a importância da interdisciplinaridade para que o profissional se adeque aos distintos aspectos dos acontecimentos em questão. O desenvolvimento do psicólogo tem se pautado em um trabalho de caráter curativo, com destaque em modelos de longa permanência no tratamento individual, considerando de fato, que o psicólogo necessite atuar no âmbito de prevenção da saúde mental (ROSA, 2003).

De acordo com Souza (1996), uma questão a ser ponderada ao se analisar a constituição do psicólogo, e que se adiciona às anteriores, refere-se ao período histórico no qual a maior parte dos cursos de Psicologia foi inserida no Brasil: final dos anos 60 e durante a década de 70, consiste em, em plena ocasião de recessão política, com a implantação do regime Militar. Por sua atitude repressora, descobriu na Psicologia um aliado para fomentação de uma ideologia de ajustamento do sujeito à sociedade, analisada como adaptada, segura, digna de credibilidade. Uma ocasião que procurou

suprimir das Universidades e da região aquele que defendia percepções mais críticas de homem e sociedade, esperando que, com isso, além disso, exilaria os conceitos e os entendimentos que examinavam a coordenação e o funcionamento de uma sociedade que determina e conserva a diversidade social. Ao comentar a realidade por meio de aspectos psicológicos somente, os currículos de psicologia passaram a reforçar o investimento no sujeito, como aquele que carece ser tratado em suas indisposições psíquicas, desvinculando a extensão intra-subjetiva da realidade social (ROSA, 2003).

Deste modo, novas demandas sociais têm surgido aos psicólogos, recorrendo, portanto, as percepções vigentes. Esses questionamentos partem do exame das procedências históricas da própria Psicologia enquanto ciência e profissão (ROSA, 2003).

Este período é de muita cogitação e somos instigados a refletir e concretizar novos moldes de desempenho profissional. O apontamento e o registro da história da Psicologia, no Brasil, estabelecem-se admissíveis para, enquanto profissionais comprometidos com os ambientes que permitem o desenvolvimento do psicólogo apresentem a compostura de adquirirmos a responsabilidade de organizar um currículo generalista e decisivo, como ponto de partida da extensa caminhada que temos a percorrer. É importante, no entanto, conscientizarmo-nos em afinidade aquilo que não podemos arranjar e daquilo que não mais almejamos, ou seja, desenvolver profissionais adequados para cultivar uma técnica pluralista, imbuída de censura e transformadora, que consigam distinguir as demandas de intervenção e receber às mesmas (ROSA, 2003).

2-As práticas emergentes no desempenho do psicólogo e as deficiências

O atendimento psicológico ao sujeito portador de deficiência tem se mostrado, como uma área de trabalho que abrange uma constante demanda, no entanto, mostra-se como um segmento do mercado no qual os jovens profissionais conduzem sua alternativa de trabalho. Deparando-se com esta probabilidade e com a necessidade crescente das instituições e dos sujeitos portadores de deficiência, o jovem psicólogo engaja-se nesta empreitada sentindo-se despreparado para lidar com a nova condição do indivíduo, constatando assim os problemas conceituais a que determinado trabalho remete, pois trata-se de um campo de atuação que pode abrigar percepções que vão do polo de determinismo biológico ao social das deficiências e, examinando tais extremos, o psicólogo debate-se com graves dificuldades de asseveração de identidade profissional (AMIRALIAN et al ,1991).

Averiguando as idênticas dificuldades, discorremos na possibilidade de discussões e aprofundamento acerca da atuação do psicólogo no atendimento à pessoa portadora de deficiência, na qual pretendemos, portanto, ressignificar o papel do Psicólogo junto ao sujeito deficiente (ROSA, 2003).

Diversos profissionais apresentam dificuldades em lidar com os deficientes. Isto ocorre porque, a despeito de sua formação profissional, são seres humanos. E, como a maior parte da população, trazem no inconsciente coletivo mitos, “pré-conceitos” e estrutura de defesa com relação aos mesmos. Nem todos que se formam em Psicologia estão prontos ou almejam estabelecer uma relação profissional-cliente com estes indivíduos. Trazer uma deficiência intervém tanto em quem a possui quanto no profissional que a atende. No deficiente essa intervenção está vinculada a inúmeros fatores, tais como: tipo de deficiência, magnitude, extensão, período de sua incidência. Observando o seu histórico, consideram-se as chances de desenvolvimento e adaptação que foram apresentadas ou negadas ao paciente (FIGUEIRA, 2014).

Entretanto, compreender o desempenho do psicólogo no procedimento de reabilitação da pessoa com deficiência e, a partir de então, em um amanhã próximo, redimensionar esta probabilidade de atuação inclusa em uma situação que estabelece característica, perfeição, consistência e comprometimento ético, torna-se imprescindível. Parte-se do princípio que atos, conceitos e desígnios modificam com um mundo em alteração e a obtenção de novas informações práticas, neste episódio, no

âmbito da Psicologia, nos possibilitam tentar decompor e analisar nosso trabalho (ROSA, 2003).

A intervenção psicológica tem a função de auxiliar o indivíduo a lidar com perdas relacionadas à sua deficiência e com a especificidade de cada ocorrência, tendendo uma melhor condição de vida, consecutivamente norteada pelo próprio indivíduo. Essas intercessões buscam saúde mental, probabilidade de alcançar a adequação a uma circunstância crítica e a qualidade de vida. Outro ponto importante é a saúde mental, uma vez que o sujeito apresenta o direito de saber informações quanto a sua situação de saúde, e as possibilidades e intercorrências dos tratamentos, pois a insegurança, o silêncio, acarretam mais angústia e isolamento ao mesmo. A grande discussão é de que forma serão mostrados estes elementos, a consideração ao indivíduo, e ao seu tempo de absorção das informações. Uma definição de intervenção psicológica:

“é a busca da qualidade de vida e do bem-estar do paciente, visa, por isso, facilitar a compreensão, a elaboração das perdas, dos lutos, a favorecer as modificações na imagem corporal, e ao fortalecimento da autoestima, possibilitando a significação de tudo que ocorreu” (ZIMMERMANN, 2008, p.27)

Destacam-se entre as modalidades de intervenções psicológicas: psicoterapia individual em várias abordagens; psicoterapia de grupo; grupos de apoio e suporte; aconselhamento e grupos de orientação; grupos de autoajuda; trabalho hospitalar; trabalho domiciliar; atendimentos em programas de reabilitação. É importante para os profissionais que atuam nesta área ter, *“além dos conhecimentos específicos, conhecimentos da área médica, farmacológica e outras, para poderem diferenciar as reações advindas da própria doença ou dos tratamentos, e aqueles de origem emocional (p. 27)”*. Algum indivíduo que permanecer envolvido no tratamento dos deficientes, como a família e profissionais de saúde, é imprescindível que compartilhem da consternação do paciente para poder compreendê-lo (ZIMMERMANN, 2008 apud KOVÁCS, 1997).

Ao atuar na área da psicologia da deficiência, é fundamental que o psicólogo tenha conhecimento das decorrências geradas pela *“perda orgânica para a dinâmica de personalidade e ajustamento pessoal e social do sujeito que, por razões diversas, vieram adquirir uma deficiência, possibilitando a compreensão das limitações impostas pelas deficiências e das condições afetivo-emocionais que as acompanham”* (FIGUEIRA, 2014, p. 82).

Com relação aos profissionais que têm dificuldades de atender e se relacionar com essa classe de pessoas, essa convivência pode levar-lhes a aflorar suas próprias limitações ou suas “deficiências” – num desabar de falsas sensações de onipotência. Por isto, a negação torna-se um mecanismo de defesa para o não atendimento. Amiralian (1997), citando Fedidá, acentua que, às vezes, até mesmo para os profissionais de psicologia *“a deficiência chega a ser intolerável, não somente por trazer à tona angústias insuportáveis de castração, destruição e desmoronamento, mas ao mesmo tempo por indicar que o deficiente é um sobrevivente que passou por uma intensa transformação em sua vida, devido a um acidente, podendo advir a qualquer um, como um espelho perturbador, fazendo reviver angústias primitivas”* (FIGUEIRA, 2014, p. 83).

Por meio de experiências pessoais de suas definições acerca das deficiências, o psicólogo estará hábil para rever seus anseios, inclinações, aprender com suas negações, tornando-se capaz de conquistar a percepção da deficiência como um componente compartilhado, proporcionando ao indivíduo um ambiente acolhedor e condições que facilitem sua aceitação desta nova condição física, favorecendo e possibilitando a retomada de sua autonomia (FIGUEIRA, 2014 apud AMIRALIAN, 1997).

Segundo Amiralian et al (2000) a deficiência é hoje uma problemática que tem levado um número cada vez maior de psicólogos a se interessar por desenvolver e explorar esse campo, o que tem contribuído para importantes debates, tanto em relação ao conceito de deficiência ou sobre outros aspectos relacionados ao desenvolvimento, aprendizagem e aos atendimentos a essas pessoas.

Figueira (2014) destaca ainda que ao atender clinicamente um sujeito deficiente, a constituição da afinidade psicoterapeuta-paciente deverá apresentar resultados aceitáveis sustentados por estas condições fundamentais: a concepção das instabilidades acarretadas pela deficiência no desenvolvimento, a adaptação do portador de deficiência física e a atitude do profissional de psicologia. Para que o paciente obtenha a aceitação eficaz é necessário que os psicólogos, “alcancem” seus conteúdos inconscientes que provocam consternações provenientes de sua deficiência, ocasionando obstáculos para aceitação e acolhimento de sua real condição. Quanto mais o indivíduo se aproximar, necessitará existir no paciente disponibilidade interna para superar limites e possibilidades, danos e virtualidades, ou seja, a transcendência deve significar a superação dos próprios limites impostos pela deficiência. Sendo assim, enquanto profissionais, precisamos atuar na estimulação e amenização das deficiências

subsidiárias da pessoa, suas dificuldades, perspectivas sociais e decorrências emocionais.

Ao realizar uma avaliação apropriada sobre o funcionamento psicossocial e profissional do sujeito que almejamos atender, podemos esquematizar a nossa meta de intervenção psicoterapêutica individual ou coletiva em seu procedimento de reabilitação. De fato, nunca é demais evidenciar que não existe uma Psicologia específica para o sujeito deficiente, que em seu processo de enfrentamento da nova realidade carecerá dispor de recursos físicos, psicológicos, cognitivos e sociais com intuito de preservar sua integridade somática e psíquica, tendendo a alcançar o ajustamento à organização psíquica, à capacidade de buscar auxílio, a idealização do futuro, sustentar a angústia em limites admissíveis, desenvolver afinidades pessoais significativas e readquirir os desempenhos físicos (FIGUEIRA, 2014).

O psicólogo estará apto ao rever seus anseios, afeições, aprender com suas negações, através dos conhecimentos subjetivos de suas acepções de deficiências, sendo capaz de “conquistar a percepção da deficiência como um objeto compartilhado e de proporcionar ao nosso cliente um ambiente acolhedor e condições facilitadoras para sua aceitação dessa condição, favorecendo e possibilitando seu próprio desenvolvimento” (FIGUEIRA, 2014, p.84 apud AMIRALIAN, 1997).

Para não correrem certos riscos, os psicólogos não podem atender determinadas dificuldades, manifestadas pelo deficiente, como decorrentes da deficiência em si, e sim afrontá-la como decorrentes de condições ambientais insatisfatórias ou de inquietações em interações precoces. Enquanto psicólogos, nossa intervenção necessitará ter como objetivo abrandar as decorrências das deficiências secundárias, não ponderando os problemas pessoais como um empecilho para que ele possa apresentar condutas mais autônomas ou bem-sucedidas devido ao seu problema orgânico. “A deficiência não carece ser apreciada como a origem de manifestação, de inquietações psíquicas, mas como uma categoria dificultadora para as interações com o ambiente” (FIGUEIRA, 2014, p. 87 apud AMIRALIAN, 1997).

Ao se trabalhar clinicamente com o deficiente, a constituição da relação psicoterapeuta e sujeito deverá ser o alcance para as decorrências suficientes sustentadas em duas categorias principais fundamentais: a abrangência das instabilidades acarretadas pela deficiência no desenvolvimento, adaptação do sujeito e a atitude do psicólogo. Para que o paciente alcance o chamado assentimento concreto, muitas ocasiões, enquanto psicólogos, necessitaremos “chegar” as suas substâncias

inconscientes que causam aflições provenientes de sua deficiência, trazendo obstáculos para consentimento e acolhimento de sua autêntica condição. E, para se oferecer determinada acolhida, carecerá existir no paciente disponibilidade interior para equacionar restrições e probabilidades, danos e virtualidades (FIGUEIRA, 2014).

Nesse âmbito, a transcendência precisa constituir a superação dos limites estabelecidos pela deficiência, ou consiste em, enquanto profissionais, precisamos agir na estimulação e amenização das carências subsidiárias do sujeito, seus problemas, perspectivas igualitárias e decorrências emocionais. Quanto mais o indivíduo se aproximar de sua oportuna realidade, extinguindo estrutura de amparo ou negação, mais seu nível de consciência lhe consentirá ser um cidadão compensado e “pronto” para permanecer habitando no ambiente que o cerca (FIGUEIRA, 2014).

Por meio dessa normalização, ele terá chances e direitos, riscos e cargas iguais, alegrias, consternações e ansiedades como qualquer um. O sujeito que contraiu uma deficiência em seu método de enfrentamento da nova realidade necessitará arranjar soluções físicas, psicológicas, cognitivas e sociais para resguardar a integridade somática e psíquica, tendendo conseguir a adequação à disposição psíquica, à disposição de buscar auxílio, a idealização para o futuro, sustentar a amargura em limites aceitáveis, desenvolver afinidades subjetivas expressivas e readquirir os desempenhos físicos (FIGUEIRA, 2014).

Kovács (1997) destaca que as etapas relacionadas com o modo de enfrentamento da pessoa são as seguintes: Relação e manejo do problema, suprimindo certas categorias, originando transformações; variação da aceção de conhecimento, objetivando paralisar ou abrandar o seu jeito problemático e regulação da intensa aflição determinada pela dificuldade. A intercessão psicológica em episódios de sujeitos que almejam curas milagrosas, divinas precisará ocorrer, quando plausível, de imediato ao acontecimento do episódio causador das deficiências fantasiosas.

Apresentar o indivíduo ao seu mundo verdadeiro proporciona-lhe o conhecimento de sua condição real tanto das dificuldades que virá a enfrentar, mas também dos recursos material e humano que ele poderá descrever nessa nova tarefa e, sobretudo, todas as probabilidades de fracasso e sucesso que conquistará na vida como qualquer outra pessoa. Permaneceremos proporcionando-lhes subsídios para uma metodologia de racionalização, a procura de respostas coerentes, partindo das falsas premissas em direção de uma construção com bases consistentes. Nessa etapa, o relato

de outros episódios semelhantes e prósperos poderá ser um instrumento de motivação (FIGUEIRA, 2014).

A verificação, diagnóstico e reflexão das inúmeras fases do método fundamental dos deficientes proporciona aos profissionais a conscientização da situação de infantilizado as quais estão submetidos. Esta conscientização induzirá a reformulação de costumes que reverterão em alterações nos artifícios de atendimento, os mesmos passando a incorporar, valorizar e analisar realmente este indivíduo como aquele que possui o direito a todos os períodos psicológicos (AMIRALIAN et al, 1991).

Destacamos que esta mudança de atitudes possa contribuir para que a família, sociedade e, sobretudo os profissionais cheguem a “ouvir” e apreciar o discurso do próprio sujeito deficiente, ao invés de, como observamos atualmente com constância colocarem-se como seu porta-voz, aqueles que possuem o conhecimento adequado sobre os mesmos, seus anseios e suas necessidades. Neste caso, nossa apreensão foi evidenciar o valor da concepção extensa, abrangente e intensa acerca do deficiente, analisando os aspectos característicos advindos de sua condição de vida e suas afinidades com o mundo, como informações fundamentais que definirão os procedimentos de considerações imprescindíveis (AMIRALIAN et al, 1991).

Observa-se que os jovens psicólogos receiam o contato com os portadores de deficiência, mencionando repetidamente à ausência de instrumento apropriado ou conhecimento mais profundo das decorrentes dificuldades, esquecendo-se que o mais importante é o próprio psicólogo e seu conhecimento e disponibilidade para entender e compreender o indivíduo do diagnóstico (AMIRALIAN et al, 1991).

Entretanto, tem de se avaliar que os serviços de saúde, além disso, permanecem, de maneira geral, muito incipiente no atendimento ao sujeito deficiente. A Psicologia ainda necessita percorrer este caminho, transpor degraus mais elevados na reflexão e na intervenção (ZACHARIAS e SILVEIRA, 2011).

Desde o princípio de uma deficiência, a reabilitação é imprescindível, não somente a reabilitação física, mas, sobretudo a reabilitação emocional. Receber um diagnóstico de uma deficiência, ou a perder um membro em consequência de um acidente, tende a ser traumático para o indivíduo e também para a família do mesmo. Em determinados episódios a suspensão do desenvolvimento normal seja de uma criança, jovem ou adulto pode ter decorrências mais rigorosas do que os resultados diretos da própria deficiência. Devido a esse ensejo, em diferentes núcleos de reabilitação, a apreensão inicial não se torna a própria deficiência do sujeito, e sim a

conservação e permanência, na medida do possível, do desenvolvimento habitual desse indivíduo (SEVERIANO E CONSTANTINO, 2014).

O trabalho do profissional psicólogo torna-se extremamente importante nesse procedimento de reabilitação emocional, uma vez que, por meio da psicoterapia, auxilia essa pessoa a se aceitar, alcançar e lidar melhor com seus limites, já que diversas ocasiões o indivíduo adquiriu um empecilho emocional que previne-lhe de aceitar a sua categoria anatômica, e em muitas ocorrências torna-se indispensável trabalhar certo nível de auto preconceito por parte dos próprios deficientes. A partir dessa libertação emocional, o indivíduo passa a distinguir algumas de seus potenciais que anteriormente pareciam não existir, no transcorrer das seções de psicoterapia é de grande valor que o profissional trabalhe a autoestima, instruindo seus pacientes a encarar as dificuldades que surgirão no seu cotidiano (SEVERIANO E CONSTANTINO, 2014).

CONCLUSÃO

No decorrer dos anos, a trajetória que expressa à definição da deficiência no processo histórico vem sendo analisada, adquirindo, neste caso, inúmeras interpretações, desde evidências de forças ocultas da natureza até fatalidade orgânica que acomete o sujeito, prevalecendo às atitudes de abandono, exclusão, rejeição, discriminação ou preconceito em relação a estes indivíduos.

A caracterização de deficiência não consegue considerar somente os aspectos da lesão, danos ou transformações orgânicas, incumbindo ressaltar ainda os aspectos sociais que a tornam um fato de dependência. Contudo a expressão deficiência por si só prontamente se opõe a eficiência, princípio caro para a sociedade capitalista atual cuja ansiedade máxima é a produtividade.

A deficiência seguramente acarreta obstáculos, o que não evidencia que os deficientes sejam pessoas limitadas. Destaca-se que existem restrições reais, mas eles não almejam e nem carecem de um excesso de compaixão ou atendimentos característicos, ansiando e necessitando, no entanto, ser livres. A ocorrência deste fato, de modo inesperado, restringe a mobilidade do indivíduo, diminuindo sua oportunidade de relações sociais, ocasionando seu isolamento.

O deficiente deve se habituar a sua nova realidade, sendo imprescindível a procura de novos costumes para sua conexão com o ambiente. A questão de ser deficiente não precisará se transformar em uma dificuldade psíquica; evidenciando a importância do modo pelo qual sua deficiência afeta suas afinidades com os outros.

O método de reabilitação do indivíduo com deficiência física adquirida é extenso, envolto de muita angústia para o mesmo e para aqueles que fazem parte do seu cotidiano. A família representa uma questão essencial para o proceder do tratamento em busca de uma reabilitação ansiada e aguardada por todos.

Conclui-se que os contratempos decorrentes do acidente automobilístico representam um problema de saúde pública, que carece de suporte durante os procedimentos de auxílio pós-acidente, de reabilitação e inclusão social. Evidencia-se que o desconhecimento na sociedade das consequências invisíveis passíveis de serem geradas em consequências destes acidentes, levando as vítimas a não procurarem apoio psicológico como também de não compreenderem os resultados que os acidentes podem originar para além das decorrências anatômicas. Decorrente do crescimento constante dos acidentes de trânsito destaca-se a lesão medular, que representa uma enfermidade

crônica das mais incapacitantes, cujos danos físicos para os indivíduos acometidos são inalteráveis e irreversíveis, apresentando consequências psicológicas que necessitam ser analisadas.

Atualmente no Brasil o atendimento ao sujeito deficiente tem se mostrado, como uma área de atuação que sustenta uma constante demanda. Contudo, manifesta-se ainda como um segmento do mercado ao qual raramente os jovens profissionais conduzem sua alternativa de trabalho. Ao apresentar esta probabilidade e a necessidade crescente dos estabelecimentos e dos deficientes, o psicólogo recém-formado engaja-se frequentemente nesta atividade sentindo-se despreparado para atuar neste campo.

É importante que o deficiente físico receba um acompanhamento psicológico que tende a ajudá-lo a lidar melhor com suas restrições, descobrir seus potenciais e recuperar sua autoestima.

REFERÊNCIAS

AIHARA, KK. **Aspectos da identidade social do deficiente físico (1988)**. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 15 de maio 2015.

ALMEIDA, CN de. **A Deficiência Física Adquirida (sem data)**. Disponível em: www.scielo.br/prc. Acesso em: 02 de maio de 2015.

AMARAL, L. A. **Pensar a diferença/deficiência**. Brasília: Corde, 1994.

AMIRALIAN, ML; BECKER,E; KOVÁCS, MJ. **A especialização do psicólogo para o atendimento as pessoas portadoras de deficiência**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771991000100011. Acesso em: 15 de maio 2015.

AMIRALIAN, MLT; et al. **Conceituando deficiência (2000)**. Revista de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 de maio 2015.

ANDRADE, ML de A; SOLÉRA, MO. **A deficiência como um “espelho perturbador”: uma contribuição psicanalítica à questão da inclusão de pessoas com deficiência**. Disponível em: <https://www.metodista.br/>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

BRASIL, MS. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência/Ministério da Saúde**. Brasília: Editora MS, 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 02 de outubro de 2015.

BERTO, CD; BARRETO, DBM; **Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas (2011)**. Disponível em: editora.unoesc.edu.br .Acesso em: 02 de maio de 2015.

BORGES, AMF; BRIGNOL, P; SCHOELLER, SD et al. **Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição (2012)**. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

CAMPOS, MT; AVOGLIA, HRC; CUSTÓDIO, EM. **A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita (2007)**. Disponível em: <http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/> Acesso em: 10 de maio de 2015.

CARVALHO-FREITAS, MNde. **Formas de ver as pessoas com deficiência: Um estudo empírico do construto de Concepções de deficiência em situações de trabalho.** Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

COHEN, R. **Cidade, corpo e deficiência: Percursos e Discursos Possíveis na Experiência Urbana.** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: www.sbfa.org.br. Acesso em: 10 de maio de 2015.

CORRÊA, MAS. **Morte simbólica, não-ser em vida: construindo o conceito (sem data).** Disponível em: [www2. https://www.fe.unicamp.br](http://www2.fe.unicamp.br). Acesso em: 02 de maio de 2015.

De BRITO, DCS.; BARROS, DTR. **A Orientação Profissional como método terapêutico e reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas(2008).** Disponível em: pepsic.salud.org/scielo. Acesso em: 20 de agosto em 2015.

DINIZ, IV; SOARES, RAS; NASCIMENTO, JAdo et al. **Caracterização das Vítimas de Acidente de Trânsito Que Apresentaram Traumatismo Raquimedular(2012).** Disponível em: [periodicos. ufpb.br](http://periodicos.ufpb.br). Acesso em: 02 de maio de 2015.

ELSNER, LdeO. **Uma análise legal sobre o sistema de cotas para pessoas com deficiência e repercussões no âmbito do trabalho (2012).** Disponível em: [www3. pucrs.br](http://www3.pucrs.br). Acesso em: 02 de maio de 2015.

FARBER, SS. **Envelhecimento e elaboração das perdas (2012).** Disponível em: [https://www.fe.unicamp.br](http://www.fe.unicamp.br). Acesso em: 02 de maio de 2015.

FERNANDES, LB; SCHLESENER, A; MOSQUERA,C. **Breve histórico da deficiência e seus paradigmas(2011).** Disponível em: [www2. dbd.puc-rio.br](http://www2.dbd.puc-rio.br). Acesso em: 02 de maio de 2015.

FIGUEIRA, E. **Introdução à psicologia e pessoas com deficiência.** São Paulo. Edição do autor/Agbook, 2014.

GARCIA, V. **Relação entre a imagem corporal e deficiência física (2012).** Disponível em: <http://www.deficienteciente.com.br/2012/10/relacao-entre-a-imagem-corporal-e-deficiencia-fisica-uma-pesquisa-bibliografica.html>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Traduzida por Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

LEONART, A.P. de S. **A inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho**. *Revista Direitos Fundamentais E Democracia*. UNIBRASIL. Núm. 2, **Julho 2007**. Disponível em: revistaeletronicacardfd.unibrasil.com.br. Acesso em : 20 de setembro de 2015.

LIMA, SSCde. **Repercussões psicossociais da acessibilidade urbana para as pessoas com deficiência física (2012)**. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/> Acesso em: 02 de maio de 2015.

LITTIERI, VA. **Acessibilidade da pessoa com deficiência física em Barbacena (MG)**. Trabalho conclusão de curso (Graduação em Direito)-Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais de Barbacena - FADI. Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, Barbacena, 2011.

NERI, M. **Retratos da Deficiência no Brasil (2003)**. Disponível em: www.cps.fgv.br/. Acesso em: 02 de maio de 2015.

OLIVEIRA, LCde. **Visibilidade e participação política: um estudo no Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência em Niterói (2010)**. Disponível em: www2.dbd.puc-rio.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

OMOTE, S. **A integração do deficiente: um pseudo-problema científico(1995)**. Disponível em: psicic.bvsalud.org. Acesso em: 02 de maio de 2015.

OMOTE, S. **Deficiência e não deficiência: recortes do mesmo tecido (1995)**. Disponível em: www.abpee.net. Acesso em: 02 de maio de 2015.

PACHECO, KM de B; ALVES, VLR. **A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma (2007)**. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

RESENDE, MC de; Gouveia, VV. **Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Física (2011)**. Disponível em: www.scielo.br/prc. Acesso em: 02 de maio de 2015.

ROSA, NF dos S. **Psicologia e deficiência: percepção da atuação profissional (2003)**. Disponível em: site.ucdb.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

SCHOELLER, SD; BITENCOURT, RF; LEOPARDI, MT et al. **Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida.** Disponível em: www.revistas.ufg.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

SILVA, LCAd; ALBERTINI, P. **A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida.** Disponível em: www.scielo.br. Acesso: 10 de agosto de 2015.

SILVA, et al. **A expressão da sexualidade em homens portadores de deficiência física adquirida(2014).** Disponível em: interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/156. Acesso: 10 de agosto de 2015.

TEIXEIRA, AM; GUIMARÃES, L. **Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva (2006).** Disponível em: pepsic.bvsalud.org. Acesso em: 02 de maio de 2015.

TEIXEIRA, L. **Deficiência física-definição, classificação, causas e características (2006).** Disponível em: www.luzimarteixeira.com.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

TURCI, LR; ALVERENGA, MS; ZULIAN, MAR et al. **Terapia ocupacional e tecnologia assistiva para o lesado medular (2003).** Disponível em: www.inicepg.univap.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

VASCONCELOS, JCBde; BRITO, LB; CHAVES, PdeO et al. **Enfermagem e trauma raquimedular: proposta de um plano de cuidados.** Disponível em: apps.cofen.gov.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.

VASH, CL. (1988). **Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação.** São Paulo: Pioneira.

ZACHARIAS, DG; DA SILVEIRA, PS. **Atendimento da Pessoa com Deficiência: Um Desafio Para a Psicologia.** Disponível em: <http://online.unisc.br/>. Acesso em: 02 de maio de 2015.

ZIMMERMANN, C. **O lado oculto dos acidentes de trânsito (2008).** Disponível em: newpsi.bvs-psi.org.br. Acesso em: 02 de maio de 2015.