



Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/Ubá
Graduação em Psicologia

DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA

Acquired disability and the contributions of psychology

Mariana Mattos Monteiro¹; Carolina Gouvêia da Silva²

¹ Discente do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos - FUPAC/Ubá, Minas Gerais.

² Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Professora da Faculdade Presidente Antônio Carlos - FUPAC/Ubá, Minas Gerais.

RESUMO

As deficiências adquiridas consistem geralmente em sequelas de doenças ou consequências de acidentes, e implicam algum tipo de prejuízo ou anormalidade, temporária ou permanente, de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica. Em qualquer fase do desenvolvimento humano, provocam alterações no estilo de vida e exigem elaboração de estratégias de enfrentamento e adaptação do indivíduo e de sua família. Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo apontar as principais dificuldades enfrentadas por esses indivíduos, como o enfrentamento do processo de luto pela perda de habilidades e funções que antes eram exercidas, e destacar as contribuições da Psicologia nesse processo. Concluiu-se que diante das profundas alterações no estilo de vida do indivíduo que adquire deficiência, o mesmo precisa lidar com a perda que configura o difícil e doloroso processo de luto, em que a Psicologia pode oferecer apoio, contribuindo para o desenvolvimento de novas possibilidades e novas estratégias de enfrentamento, ajudando-o a vivenciar esse processo, prestando suporte a ele e a sua família, praticando a escuta e o acolhimento de sentimentos e sofrimentos resultantes desse processo, além de delimitar expectativas e conceder auxílios em tomadas de decisões.

Palavras-chave: Deficiência adquirida; Luto; Psicologia

ABSTRACT

Acquired disabilities generally consist of sequelae from illness or the consequences of accidents, and imply some type of damage or abnormality, temporary or permanent, of a psychological, physiological or anatomical nature. At any stage of human development, they cause changes in lifestyle and require the elaboration of coping strategies and adaptation of the individual and his family. Given the above, this paper aims to point out the main difficulties faced by these individuals, such as coping with the grieving process for the loss of skills and functions that were previously exercised, and highlight the contributions of Psychology in this process. It was concluded that in view of the profound changes in the lifestyle of the individual who acquires a disability, the individual needs to deal with the loss that configures the difficult and painful process of mourning, in which psychology can offer support, contributing to the development of new possibilities and new coping strategies, helping him to experience this process, providing support to him and his family, practicing listening and welcoming the feelings and suffering resulting from this process, in addition to defining expectations and granting assistance in decision making.

Keywords: *Acquired disability; Mourning; Psychology*

Correspondência:

Nome: Mariana Mattos Monteiro

E-mail: anairam.sottam@gmail.com

INTRODUÇÃO

As deficiências podem ser definidas como algum tipo de prejuízo ou anormalidade de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica, podendo ser de forma temporária ou permanente (Amiralian et al., 2000). Podem ser classificadas em hereditárias, congênitas ou adquiridas, cujo grau de impacto psicossocial varia de acordo com a sua classificação e contexto - social, cultural, político, histórico e econômico - em que o indivíduo com deficiência se encontra inserido (Santos & Freitas, 2019).

Cerca de 24% da população brasileira (46 milhões de brasileiros), declararam possuir deficiência mental/intelectual ou ter algum grau de dificuldade em pelo menos uma das habilidades de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, sendo a deficiência visual com maior incidência correspondendo a 3,4% da população e deficiência motora em seguida representando 2,3%; deficiência auditiva 1,1%; e a deficiência mental/intelectual com 1,4% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

Um estudo realizado demonstra que a distribuição epidemiológica da deficiência no Brasil tem prevalência de 6,2%, cerca de 12,4 milhões de pessoas com deficiência intelectual, física, auditiva ou visual. Entretanto, existem muitas variações nas prevalências de deficiências, pois as abordagens e os métodos de coleta de dados das pesquisas também são muito variáveis (Malta et al., 2016).

Deficiências adquiridas ao longo da vida ou em qualquer fase do desenvolvimento humano provocam mudanças profundas no estilo de vida e geram sequelas de longo impacto na vida do indivíduo, repercutindo na família e todos os envolvidos, gerando custos sociais, econômicos e emocionais (Alves, França, Costa, Lopes & Batista, 2013).

Pessoas que nasceram ou adquiriram alguma deficiência apresentam diferenças experienciais na maneira de lidar com as limitações e impossibilidades resultantes da deficiência, devido ao fato de aquele que a adquire em alguma fase de sua vida desenvolver sentimentos de perda pelas habilidades e funções que antes exercia, acentuando ainda mais o sofrimento (Almeida & Araújo, 2013).

O enfrentamento desse luto torna-se necessário para a manutenção da saúde mental e dependerá de fatores internos e externos, como por exemplo, o modo com que este indivíduo que adquiriu a deficiência sente-se em relação a sua perda, às experiências anteriores à aquisição das incapacidades, seu potencial de tolerância à frustração (Gomes & Gonçalves 2015), além da capacidade resiliente necessária para transformar a adversidade em possibilidade de desenvolvimento e crescimento pessoal e espiritual, contribuindo para a

diminuição do estresse e de emoções negativas que são desencadeados nesse processo (Cerezetti, Nunes, Cordeiro & Tedesco, 2012).

Diante dos sentimentos negativos que caracterizam um clima de tensão pela vivência desse luto, a Psicologia pode oferecer esclarecimentos e auxílios para esse enfrentamento, delimitando as expectativas e criando condições facilitadoras para que o indivíduo elabore e compreenda toda a transformação pela qual está passando (Yamada & Bevilacqua, 2005).

O apoio psicológico direcionado à pessoa que adquiriu deficiência e a sua família pode contribuir para expressão de sentimentos e emoções comuns nesse processo, com o objetivo de dar devido suporte para examinar alternativas de enfrentamento, além de envolver a participação de todos os cuidadores no processo, respeitando as limitações de cada indivíduo (Pottker & Carvalho, 2019).

A Psicologia pode ainda cooperar na tomada de decisão em situações que a cirurgia se faz necessária para a minimização de prejuízos devido à deficiência adquirida, trabalhando sentimentos e emoções que ainda precisam ser elaborados, desenvolvendo no paciente e familiares uma postura mais aberta a novas possibilidades (Yamada & Bevilacqua, 2005).

Durante o contato estabelecido com pessoas com deficiência adquirida, percebeu-se a necessidade de apresentar as contribuições que a Psicologia possa oferecer no processo de aceitação e adaptação frente à aquisição da deficiência.

Para melhor compreender as alterações provocadas no modo de vida do sujeito e também na vida de sua família decorrentes da deficiência adquirida, é importante conhecer as principais dificuldades enfrentadas no processo de aceitação e adaptação da deficiência, assim como, o importante papel exercido pela Psicologia frente a essa situação. Diante disso, este trabalho tem como objetivo apontar as principais dificuldades enfrentadas por esses indivíduos, como o enfrentamento do processo de luto pela perda de habilidades e funções que antes eram exercidas e destacar as contribuições da Psicologia nesse processo.

DESENVOLVIMENTO

As deficiências adquiridas e suas repercussões na vida do indivíduo

Os indivíduos com deficiência são aqueles que têm algum impedimento de médio ou longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, em que sua interação na sociedade é comprometida devido às suas incapacidades (Ministério da Saúde [MS], 2016), sendo a deficiência definida como algum tipo de prejuízo ou anormalidade de ordem psicológica,

fisiológica ou anatômica durante um período de tempo ou de forma permanente, que envolva a ocorrência de uma anomalia, falha ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive funções mentais (Amiralian et al., 2000).

As deficiências podem ser classificadas em hereditárias, que são aquelas transmitidas pelos pais e têm causas genéticas; congênitas, aquelas geradas desde o nascimento; ou adquiridas, que consistem geralmente em sequelas de doenças ou consequências de acidentes. Fazer essa diferenciação torna-se importante para compreender qual o impacto psicossocial que cada uma delas causa no indivíduo que a possui, para isso, é necessário levar em consideração o meio em que o mesmo está inserido e a interação dos demais aspectos que o compõem, como seu contexto social, cultural, político, histórico e econômico (Santos & Freitas, 2019).

Pesquisas revelam que cerca de 46 milhões de brasileiros, cerca de 24% da população brasileira, declararam possuir deficiência mental/intelectual ou ter algum grau de dificuldade em pelo menos uma das habilidades de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, sendo a deficiência visual com maior incidência correspondendo a 3,4% da população e deficiência motora em seguida representando 2,3%; deficiência auditiva 1,1%; e a deficiência mental/intelectual com 1,4% (IBGE, 2010).

Os indivíduos com deficiência ainda enfrentam dificuldades de ordem social, econômica e cultural, além de falta de acessibilidade nas ruas e edificações para se inserirem plenamente na sociedade. E, no que diz respeito ao acesso dos serviços de saúde, pessoas com deficiência motora/física com limitações para locomoção e que dependem de um transporte adequado para o seu deslocamento, a dificuldade torna-se ainda maior (Holanda et al., 2015).

Dados de uma pesquisa apontam que entre os 1679 municípios que dispunham de serviço de transporte coletivo, 11,7% estavam com a frota totalmente adaptada para transportar pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida e 48,8% estavam com frota parcialmente adaptada, ou seja, apenas uma pequena parte dispõe de transporte adequado (IBGE, 2010). A disponibilização do serviço de saúde para essas pessoas não é garantia de atendimento, o que pode levar à perda da oportunidade de reabilitação agravando o problema (Holanda et al., 2015).

O grau de impacto psicossocial gerado pela deficiência difere entre aqueles que nasceram ou adquiriram alguma deficiência. Em uma pesquisa realizada com pessoas cegas, congênitas e adquiridas, pôde-se constatar que existem diferenças experienciais na maneira de lidar com as limitações e impossibilidades ocasionadas pela deficiência, tendo em vista que, o cego congênito não apresenta sentimentos de perda, pois nunca vivenciou a experiência de enxergar e desde criança desenvolveu e aprendeu habilidades para compensar a falta desse sentido. No entanto, a cegueira adquirida provoca profundas alterações nos padrões já constituídos de

comunicação, trabalho, mobilidade, recreação, e inclusive, sentimentos e capacidades diferentes para lidar consigo mesmo, o que torna essa experiência ainda mais dolorosa e traumática (Almeida & Araújo, 2013).

Devido à dificuldade de deslocamento e acesso, as pessoas com deficiência têm sua vida restrita ao convívio social, o que pode gerar uma condição de isolamento aumentando as limitações para inserção em grupos restritos (Holanda et al., 2015).

Deficiências adquiridas ao longo da vida ou em qualquer fase do desenvolvimento humano provocam mudanças profundas no estilo de vida e geram sequelas de longo impacto na vida do indivíduo, repercutindo na família e em todos os envolvidos, gerando custos sociais, econômicos e emocionais (Alves et al., 2013).

Quando a deficiência é adquirida na adolescência e juventude, pode-se tornar mais agravante devido ao fato de o sujeito ainda não apresentar amadurecimento suficiente para enfrentar tamanha perda (Alves et al., 2013). No entanto, de acordo com Santos e Freitas (2019), os mais jovens costumam estar mais abertos a novas formas de realização de atividade, sendo mais flexíveis nos processos de adaptação e aceitação da deficiência. Já indivíduos que adquirem a deficiência na vida adulta reagem de maneira mais complexa, pois sentem com maior intensidade a perda de habilidades que antes haviam conquistado e que eram essenciais para atividades esperadas.

A maneira como o indivíduo passa a se enxergar ou a se perceber após a deficiência adquirida é influenciada pelas experiências e reações manifestadas por fatores internos que podem envolver desde estruturas psíquicas e padrões de comportamentos, até características e traços pessoais e; fatores externos, como condições socioeconômicas, culturais, escolaridade, entre outros (Alves et al., 2013).

O percurso normal da vida do sujeito sofre alterações, quando uma deficiência física é adquirida. As consequências psicológicas geradas pelas incapacidades adquiridas afetam diretamente o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação ao seu meio, em que o mesmo, depara-se com uma nova situação capaz de limitar o desempenho de suas obrigações sociais, familiares e profissionais (Oliveira, 2004).

A deficiência adquirida torna-se um marco importante e determinante na vida do sujeito e sua nova realidade pode desencadear uma série de alterações em seu comportamento e em seu modo de ser, podendo levar a uma regressão afetiva e a novas necessidades de segurança e proteção associadas à ansiedade, além de sentimentos como agressividade, insegurança, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo e desesperança (Oliveira, 2004; Schoeller, Bitencourt, Leopardi, Pires & Zanini, 2012).

Em meio às dificuldades de adaptação encontradas pelo indivíduo frente à deficiência adquirida, é comum a procurar por profissionais de saúde, na tentativa de uma busca milagrosa pela transformação de sua condição atual de saúde, criando expectativas que muitas vezes podem ser frustradas. A fragilidade interna manifesta-se através de dois fenômenos particulares, sendo eles: o desenvolvimento de comportamentos regressivos direcionados a familiares, amigos e profissionais envolvidos, manifestados pela excessiva dependência, isolamento social, infantilidade ou hostilidade e reações depressivas direcionadas para si, como a agressividade e culpa (Oliveira, 2004).

Esse cenário exige da pessoa que adquire deficiência ao longo de sua vida uma reconstrução da percepção de si e de sua história através do luto que está representado de maneira simbólica, na quebra de algo vivenciado e concebido, como a perda de funções e habilidades que antes eram exercidas. A complexidade desse processo produz no sujeito intensas demandas que o desafiam a se adaptar e recriar sua nova identidade, reconhecendo suas fragilidades e descobrindo novas potencialidades (Olesiak, Colomé, Farias & Quintana, 2018).

O processo de luto frente à deficiência adquirida: do sofrimento à superação

O diagnóstico de sequelas resultantes de uma deficiência adquirida gera no sujeito um sentimento de perda de sua antiga condição, refletindo em um abalo que pode produzir muita dor e angústia, tendo em vista que o mesmo defronta-se com um corpo que passa a perder algumas funções e agora se depara com a necessidade de criar outra forma de se relacionar com o mundo e consigo mesmo. Essa dor representa um ataque ao corpo e ao psiquismo do indivíduo, pois agora necessita substituir um repertório conhecido em que já havia estruturado a percepção de si e de sua identidade, por algo completamente novo e desconhecido (Olesiak et al., 2018).

A ameaça e ruptura nas relações e percepções do sujeito sobre sua imagem diante da deficiência adquirida configuram o difícil processo de luto, que pode ser definido como um processo interno desencadeado a partir da perda de algo significativo, como neste caso, a perda de habilidades, ou como a perda física da pessoa amada. O luto consiste em um processo doloroso que visa representar e acomodar aquilo que deixou de existir, sendo, portanto, um processo necessário para o enfrentamento ou superação daquilo que se perdeu (Gonçalves & Bittar, 2016).

De acordo com Gomes e Gonçalves (2015), o luto é um processo emocional saudável que necessita ser vivido para a manutenção da saúde mental, sendo desenvolvido devido a uma perda real ou abstrata. Sua solução irá depender do repertório de técnicas de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo, assim como, o modo com que ele sente-se em relação a sua perda, além de suas experiências anteriores e sua capacidade de tolerância à frustração. Torna-se, portanto, um processo complexo por envolver a interação de aspectos físicos, psicológicos e sociais.

O processo de luto apresenta cinco diferentes estágios em que a pessoa que sofreu algum tipo de perda pode evidenciar. São eles: negação, que consiste em um mecanismo de defesa temporária de percepção da perda, em que o sujeito apresenta um momento de angústia extrema; raiva, marcada por sentimentos de revolta sendo direcionados ao seu próprio corpo ou às pessoas; barganha, período de uma forma de negociação na tentativa de estabelecer um pacto para oferecer algo em troca de uma recompensa com o objetivo de amenizar a angústia produzida pela perda e com a intenção de remediar a situação ou reabilitar uma função perdida; depressão, estágio que surge o temor pelo futuro, o sujeito percebe que não há mais como deixar de encarar e negar sua perda; e por fim, aceitação, na qual inicia a internalização da situação, possibilitando conviver sem o sofrimento anterior. As vivências desses estágios não são obrigatórias e não, necessariamente, precisam seguir essa ordem, elas dependerão da estrutura psíquica, contexto social e suporte das pessoas que estão ao redor do sujeito que enfrenta esse processo de luto (Kübler-Ross, 1996).

Nessa mesma perspectiva, para Oliveira e Lopes (2008), o processo de luto é a fase da expressão de sentimentos decorrentes da perda que pode ser dividida em três etapas. A primeira é a etapa do choque, que pode durar horas ou dias e é marcada por comportamentos de desespero, raiva, irritabilidade, amargura e isolamento. A segunda, é a fase do desejo ou anseio que é marcada por um forte impulso de busca por aquilo que se perdeu, podendo durar meses ou anos apresentando episódios de choro e tristeza. Por fim, a terceira etapa, a fase de reorganização, caracterizada pela aceitação da perda definitiva e pela consequente constatação de que é preciso iniciar uma nova vida, porém, é possível que nesta fase o indivíduo apresente episódios de saudade e de tristeza. Os autores ainda pontuam que o luto pela perda e as reações emocionais são elaborados de maneira diferente em cada indivíduo, pois os significados existentes frente à perda podem ser modificados e construídos de acordo com a influência da cultura na qual o mesmo encontra-se inserido.

A perda de habilidades por deficiência adquirida leva o indivíduo a passar por um processo de luto que muitas vezes não é reconhecido como tal. É comum, culturalmente, a

associação de luto como apenas a perda física de alguém, no entanto, conforme já apresentado, a perda pode ser vivenciada por qualquer objeto ou situação que deixou de existir. O luto não-reconhecido é aquele que a sociedade ignora, não aceita e não concede espaço para ser vivenciado, não permite que a perda seja abertamente ou socialmente lamentada, podendo contribuir para um luto ainda mais complexo, não só pelo fato de não ser reconhecido, mas por encontrar barreiras de ser revelado, uma vez que a revelação pode resultar em uma maneira mais saudável de se vivenciar o luto (Franco, 2002).

Desta forma, a deficiência adquirida pode ser considerada como uma adversidade da vida devido às implicações geradas no desenvolvimento psíquico e social do indivíduo, demonstrando a necessidade de cuidado e atenção aos aspectos emocionais e adaptativos do mesmo. Na tentativa de reduzir a intensidade do estresse e de emoções negativas como ansiedade e depressão, causados por essa adversidade, a capacidade resiliente torna-se fundamental para o enfrentamento das consequências provocadas pela aquisição da deficiência, transformando a adversidade em possibilidade de desenvolvimento pessoal e espiritual (Cerezetti et al., 2012).

Resiliência pode ser definida como a capacidade de interpretar as experiências extraindo delas um significado pessoal. Possui como características principais o otimismo, ousadia, autoestima, autoconfiança, além de flexibilidade para ressignificar o contexto em que a pessoa se encontra inserida (Cerezetti et al., 2012). Os autores, Simão e Saldanha (2012), pontuam que assim como nosso corpo físico possui a capacidade de flexibilidade e adaptação, o nosso comportamento também possui esta plasticidade, uma espécie de recurso protetor, capaz de manter e recuperar o nível de adaptação normal que permite responder aos diferentes eventos da vida, promovendo o equilíbrio entre ganhos e perdas adquiridos ao longo do nosso desenvolvimento.

O aparelho psíquico não é imutável, pois é capaz de realizar novas ligações e organizações entre as representações mentais. O processo de elaboração psíquica dá-se a partir de sucessivas tomadas de consciência e de ressignificações à medida que o indivíduo consegue superar suas dificuldades internas. Dessa forma, para que o sofrimento seja minimizado é necessário imergir nele antes, admiti-lo, vivê-lo e de maneira gradativa caminhar para uma nova possibilidade de significação (Oliveira, 2011).

Dado o exposto, é possível perceber que as mudanças provocadas pela deficiência adquirida exigem que o indivíduo lance mão de recursos disponíveis buscando estratégias de enfrentamento no processo de adaptação e elaboração de sua nova vida, respeitando suas

limitações e descobrindo suas capacidades atuais através do processo de ressignificação de sua perda (Cerezetti et al., 2012).

Atuação da psicologia frente à reabilitação da deficiência adquirida

A habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência pode ser compreendida como um processo de aprendizagem e desenvolvimento da capacidade funcional direcionado ao aperfeiçoamento de habilidades pré-existentes com o intuito de melhorar a capacidade física, mental e social do indivíduo, mesmo diante das limitações impostas pela deficiência. As intervenções desse processo visam à inserção social e à autonomia do indivíduo com deficiência e possuem um caráter multiprofissional e interdisciplinar (Araújo, 2007).

De acordo com o Ministério de Saúde (2016), esse processo compreende um conjunto de medidas, ações e serviços que visam desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, com o intuito de desenvolver potencialidades, talentos, habilidades, aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Além disso, vale ressaltar que pessoas com deficiência têm direitos, assim como qualquer cidadão, à atenção integral a saúde, disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) envolvendo assistência médica, odontológica, serviços básicos de saúde como imunização, ou ainda serviços de atenção especializada como reabilitação e atenção hospitalar (MS, 2016).

A visão do processo de aquisição da deficiência precisa ir além dos aspectos fisiológicos. Dados de uma pesquisa realizada com a finalidade de conhecer a estrutura das representações sociais de pessoas idosas, a respeito da deficiência física adquirida na velhice, apontam que a aquisição da deficiência física pode produzir dependência e tristeza nos indivíduos, sendo fundamental para o profissional de saúde compreender como a pessoa idosa vivencia e como a representação da deficiência pode influenciar a maneira de pensar, agir e se comportar diante das dificuldades e desafios apresentados no processo de envelhecer com uma deficiência. Foi possível concluir através dessa pesquisa que conhecer essas representações torna-se importante para o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a qualidade de vida e a diminuir a valorização social negativa dessa população (Valença, Santos, Lima, Santana & Reis, 2017).

A abordagem interdisciplinar no processo de habilitação/reabilitação faz-se necessária para o auxílio e a compreensão total do indivíduo com deficiência, tendo em vista as contribuições que envolvem a participação de equipes multiprofissionais como médicos,

psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, além de, cuidadores e familiares da pessoa com deficiência (MS, 2016).

Pessoas com deficiência adquirida necessitam de um apoio social que, geralmente, é exercido pela família, amigos e vizinhos, bem como, profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos no processo. Tal rede de apoio torna-se fundamental no processo de adaptação do indivíduo frente à deficiência, pois visa proporcionar maior qualidade de vida e contribui para a possível minimização de sofrimentos significativos (Holanda et al., 2015).

Entretanto, é importante que todos os envolvidos neste processo estejam preparados para fornecer o apoio necessário a fim de auxiliar as pessoas com deficiência adquirida no enfrentamento desta nova condição, levando-as à superação de suas novas limitações (Schoeller et al., 2012). A necessidade de acompanhamento profissional para os familiares é muito importante, uma vez que, quando assistidos, podem contribuir para o não aumento do sofrimento do sujeito que terá melhores chances de desenvolver a aceitação e superação dos problemas decorrentes da deficiência adquirida (Francelin, Motti & Morita, 2010).

Uma das formas de intervenções psicológicas pode se basear no apoio oferecido ao indivíduo que sofreu alguma deficiência e também aos seus familiares. Essa intervenção permite a expressão de sentimentos e emoções acerca do ocorrido, com o objetivo de prestar suportes para examinar alternativas de enfrentamento, além de encorajar todos os envolvidos a partilharem com outras pessoas suas angústias referentes ao atual momento de adaptação (Pottker & Carvalho, 2019).

Nesse sentido, torna-se indispensável à equipe de profissionais de reabilitação juntamente com o psicólogo avaliar a família e o indivíduo em sua totalidade, levando em consideração os aspectos biopsicossociais, buscando envolver a participação de todos os cuidadores, respeitando as limitações de cada indivíduo (Pottker & Carvalho, 2019).

Em situações em que a cirurgia faz-se necessária para a recuperação de algumas funções perdidas por motivo de deficiência adquirida, a Psicologia pode auxiliar na tomada de decisão em realizá-la ou não, trabalhando sentimentos e emoções que ainda precisam ser elaborados, o que contribui, consideravelmente, para a redução do estresse pré e pós-traumático, além de cooperar para a melhor aceitação do paciente com o tratamento, colaborando com a equipe envolvida no processo de reabilitação (Yamada & Bevilacqua, 2005).

No evento sobre Psicologia Clínica em Programas de Reabilitação, realizado em 2013, o Conselho Federal de Psicologia pontuou que pessoas que passaram por uma transformação repentina e negativa em suas vidas devido à aquisição de doenças ou sofreram acidentes que deixaram sequelas, podem adquirir prejuízos motores e da cognição, assim como alterações

emocionais e comportamentais, o que contribui para a acentuação das dificuldades de ajustamento psicológico e social (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013).

Ainda nessa perspectiva, o Conselho ressaltou que apesar das perdas, os pacientes possuem um potencial residual que pode ser trabalhado por meio da Psicologia em Reabilitação, a qual contribuirá para a compreensão do paciente sobre as suas perdas e no desenvolvimento de novos recursos de enfrentamento, tornando capaz a estimulação das capacidades do indivíduo, conscientizando-o de suas reais possibilidades e considerando suas limitações e potencialidades para que alcance a maior independência possível (CFP, 2013).

Segundo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo¹, com a aquisição de uma deficiência o indivíduo pode em alguns casos encontrar dificuldades de locomoção, o que dificulta a independência para buscar recursos em tratamentos, sejam eles médicos ou psicológicos. O atendimento domiciliar (*home care*) em Psicologia é uma modalidade de atuação direcionada àqueles indivíduos que apresentam dificuldades ou impedimentos de locomoção devido a patologias ou outros motivos que os impedem de se deslocarem a hospitais ou consultórios para receberem tratamento. Tal atendimento pode envolver, em alguns casos, orientação à família ou cuidador, sendo tarefa do psicólogo compreender e traduzir as representações do paciente sobre o seu processo, assim como manter a equipe de saúde informada sobre o estado psicológico do paciente a fim de facilitar esse relacionamento.

De acordo com Yamada e Bevilacqua (2005), a Psicologia pode oferecer grandes contribuições em casos de pessoas que nasceram ou adquiriram alguma deficiência e que necessitam passar por cirurgias para minimizar danos deixados pela perda de algumas de suas funções. Os autores relataram, em sua pesquisa, o papel do psicólogo no programa de implante coclear para pessoas com deficiência auditiva profunda. Através da intervenção psicológica os pacientes e familiares sentem-se acolhidos para manifestar seus sentimentos e desenvolvem uma postura mais aberta para novas possibilidades.

Ainda segundo os autores, em casos de surdez adquirida há um predomínio dos sentimentos negativos caracterizando um clima de tensão e depressão, tendo em vista que vivenciam a perda e o desamparo passando por um processo de luto. A Psicologia atua através de esclarecimentos e auxílios para este enfrentamento, delimitando as expectativas e criando condições facilitadoras para que o indivíduo elabore e compreenda toda a transformação pela qual está sofrendo e sofrerá, caso opte em realizar a cirurgia (Yamada & Bevilacqua, 2005).

¹Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *O atendimento domiciliar em Psicologia*. Recuperado de http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/128/frames/fr_orientacao.aspx

Dessa forma, é importante realçar que quando pessoas com deficiência adquirida recebem atendimento capacitado dos profissionais de saúde, sobretudo dos serviços oferecidos pela Psicologia, o processo de adaptação e reabilitação é favorecido, tendo em vista que esses profissionais deverão estar atentos à maneira com que as pessoas com deficiência adquirida vivenciam o processo de reabilitação, pois o resultado da aceitação é influenciado pelo modo de enfrentamento da deficiência que se dá de maneira singular e única para cada um (Pottker & Carvalho, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As deficiências adquiridas provocam alterações profundas na vida do indivíduo que a adquire e de sua família, o que exige uma necessidade de adaptação e reestruturação em todos os aspectos da vida. Foi possível evidenciar que o grau de impacto psicossocial difere entre aqueles que nasceram com deficiência e aqueles que a adquiriram ao longo da vida, devido ao fato da necessidade de lidar com sentimentos, da perda de habilidades e funções antes exercidas, tornando essa experiência ainda mais difícil e dolorosa. A fase do desenvolvimento humano em que a deficiência é adquirida interfere no processo de aceitação e adaptação, sendo os mais jovens imaturos para o enfrentamento da perda, porém mais flexíveis aos tratamentos e intervenções, e os mais adultos, lidam com maior dificuldade de aceitação, pois sentem com elevada intensidade a perda de suas funções.

Devido à aquisição da deficiência, a perda de habilidades reflete em um abalo marcado de sofrimento e angústia na vida daquele que a adquire. Essa perda configura o difícil processo de luto, que muitas vezes é impedido culturalmente de ser vivenciado por não ser socialmente reconhecido, contribuindo para o aumento da complexidade e sofrimento desse processo. As alterações provocadas pela deficiência adquirida e as perdas pelas quais o indivíduo precisa enfrentar exigem do mesmo a necessidade de representar e acomodar aquilo que deixou de existir e de criar novas formas de se relacionar com o mundo e consigo mesmo. Portanto, torna-se necessário o desenvolvimento da capacidade resiliente que favorecerá o processo de superação, pois leva o sujeito a interpretar as experiências vividas extraindo delas um novo significado, tornando-o mais aberto e flexível para responder de maneira mais ajustada e equilibrada aos eventos e adversidades da vida.

A Psicologia pode contribuir para o desenvolvimento de novas possibilidades e novas estratégias de enfrentamento, ajudando o indivíduo que adquiriu deficiência a vivenciar esse

processo de luto, prestando apoio a ele e a sua família, praticando a escuta e o acolhimento de sentimentos e sofrimentos resultantes desse processo, além de delimitar expectativas e prestar auxílios em tomadas de decisões como a de aceitar ou não tratamentos ou possíveis cirurgias que mitigam os danos causados pela deficiência adquirida, favorecendo o relacionamento do indivíduo com a equipe de saúde, bem como, o processo de aceitação e superação da deficiência adquirida.

Em razão da dificuldade de encontrar materiais e da escassez de investigações a respeito da deficiência adquirida, esta pesquisa não pretende esgotar o assunto. Espera-se que as informações apresentadas contribuam para o conhecimento e estimulem a busca para a realização de novos estudos, com intuito de promover a ampliação de maiores discussões, tendo em vista o significativo impacto provocado pela deficiência adquirida na vida do sujeito e de sua família.

REFERÊNCIAS

- Almeida, T. S., & Araújo, F. V. (2013). Diferenças experienciais entre pessoas com cegueira congênita e adquirida: uma breve apreciação. *Revista Interfaces*, 1(3).
- Alves, F. P., França, I. S. X., Costa, G. M. C., Lopes, M. E. L., & Baptista, R. S. (2013). Adolescentes e jovens com deficiência física adquirida por violência: representações sobre a deficiência. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(3), 600-609.
- Amiralian, M. L., Pinto, E. B., Ghirardi, M. I., Lichtig, I., Masini, E. F., & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), 97-103.
- Araújo, T. C. C. F. de. (2007). Psicologia da reabilitação: Pesquisa aplicada à intervenção hospitalar. *Revista SBPH*, 10(2), 63-72.
- Cerezetti, C. R. N., Nunes, G. R., Cordeiro, D. R. C. L., & Tedesco, S. (2012). Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *O mundo da saúde*, 36(2), 318-326.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Psicologia clínica em programas de reabilitação*. Recuperado em 10 outubro, 2020, de <https://site.cfp.org.br/?evento=psicologia-clinica-em-programas-de-reabilitacao>
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. *O atendimento domiciliar em Psicologia*. Recuperado em 10 outubro, 2020 de http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/128/frames/fr_orientacao.aspx
- Francelin, M. A. S., Motti, T. G., & Morita, I. (2010). As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. *Saúde Soc*, 19(1), 180-192.
- Franco, M. H. P. (2002). *Estudos avançados sobre o luto*. São Paulo: Livro Pleno.

Gomes, L. B., & Gonçalves, J. R. (2015). Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências Humanas*, 49(2), 118-139.

Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. L. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 24(1), 39-44.

Holanda, C. M. de. A., Andrade, F. L. J. P. de., Bezerra, M. A., Nascimento, J. P. da. S., Neves, R. da. F., Alves, S. B., & Ribeiro, K. S. Q. S. (2015). Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 175-184.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Pessoas com deficiência*. Recuperado em 29 setembro, 2020, de <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/20551-pessoas-com-deficiencia.html>

Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Malta, D. C., Stopa, S. R., Canuto, R., Gomes, N. L., Mendes, V. L. F., Goulart, B. N. G. de., & Moura, L. de. (2016). Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo pesquisa nacional de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3253-3264.

Ministério da Saúde. (2016). *Saúde da pessoa com deficiência: diretrizes, políticas e ações*. Recuperado em 29 setembro, 2020, de <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/20551-pessoas-com-deficiencia.html>

Olesiak, L. da. R., Colomé, C. S., Farias, C. P., & Quintana, A. M. (2018). Ressignificações de sujeitos com paraplegia adquirida: narrativas da reconstrução da imagem corporal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 730-743.

Oliveira, F. C. M. de. (2011). A arte da reescritura: uma ressignificação? *Jornal de Psicanálise*, 44(80), 127-140.

Oliveira, J. B. A. de., & Lopes, R. G. da. C. (2008). Processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221.

Oliveira, R. A. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 63-67.

Pottker, C. A., & Carvalho, A. B. da. S. (2019). A síndrome de guillain-barré e o papel do psicólogo na reabilitação. *Brazilian Journal of Development*, 5(8), 13272-13291.

Santos, J. C., & Freitas, M. N. de. C. (2019). Processos psicossociais da aquisição de uma deficiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(1), 1-16.

Schoeller, S. D., Bitencourt, R. N., Leopardi, M. T., Pires, D. P. de., & Zanini, M. T. B. (2012). Mudanças na vida de pessoas com lesão medular adquirida. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(1), 95-103.

Simão, M. J. P., & Saldanha, V. (2012). Resiliência e psicologia transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, 36(2), 291-302.

Valença, T. D. C., Santos, W. da S., Lima, P. V., Santana, E. dos S., & Reis, L. A. dos. (2017). Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. *Escola Anna Nery*, 21(1).

Yamada, M. O., & Bevilacqua, M. C. (2005). O papel do psicólogo no programa de implante coclear do hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais. *Estudos de Psicologia*, 22(3), 255-262.