

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

THAÍS MARIA ALBANI LOVO

**ANOSOGNOSIA: IMAGEM
CORPORAL NA HEMIPLEGIA**

Campinas
2006

THAÍS MARIA ALBANI LOVO

**ANOSOGNOSIA:
IMAGEM CORPORAL NA
HEMIPLEGIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de
Educação Física da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do
título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Edison Duarte

Campinas
2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA
PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP**

L949a Lovo, Thais Maria Albani.
Anosognosia: imagem corporal na hemiplegia / Thais Maria Albani
Lovo. - Campinas, SP: [s.n], 2006.

Orientador: Edison Duarte.
Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física,
Universidade Estadual de Campinas.

1. Imagem corporal. 2. Hemiplegia. 3. Anosognosia. I. Duarte, Edison.
II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III.
Título.

(asm/fef)

Título em inglês: Anosognosia: body image in hemiplegia.

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Body image; Hemiplegia; Anosognosia.

Área de Concentração: Atividade física, Adaptação e Saúde.

Titulação: Mestrado em Educação Física.

Banca Examinadora: Afonso Antonio Machado. Maria da Consolação Gomes Cunha
Fernandes Tavares. Silvana Venâncio. Paulo Ferreira de Araújo. Edison Duarte.

Data da defesa: 27/10/2006.

THAÍS MARIA ALBANI LOVO

**ANOSOGNOSIA:
IMAGEM CORPORAL NA HEMIPLEGIA**

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação de Mestrado defendida por Thaís Maria Albani Lovo e aprovada pela Comissão julgadora em: 01/11/06.



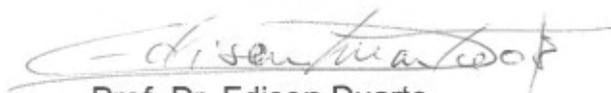
Prof. Dr. Edison Duarte
Orientador

Campinas
2006

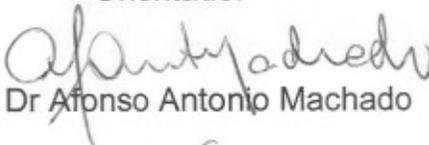
200718143

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
CÉSAR LATTES
DESENVOLVIMENTO DE COLEÇÃO

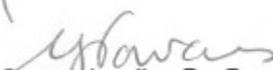
COMISSÃO JULGADORA



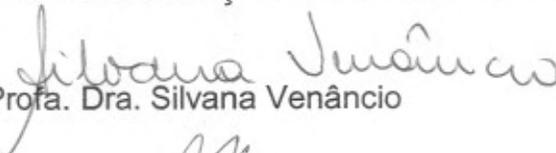
Prof. Dr. Edison Duarte
Orientador



Prof. Dr. Afonso Antonio Machado



Profa. Dra. Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares



Profa. Dra. Silvana Venâncio



Prof. Dr. Paulo Ferreira de Araújo

Dedicatória

A todos aqueles que de alguma forma, se interessam pelo estudo de imagem corporal e pela enriquecedora experiência de trabalhar com as pessoas com deficiência física, e que de alguma maneira se interessaram em ler este trabalho.

Agradecimentos

Ao Prof. Edison Duarte, pela confiança depositada em mim, desde nosso primeiro contato. Por ter me dado a oportunidade de percorrermos juntos essa jornada incrível de amadurecimento, luta e aprendizado chamada "mestrado".

À Prof. Consolação por todo o conhecimento que transborda de suas falas e nos faz cada vez querer mais adentrar neste universo dos estudos de imagem corporal. Pelo incentivo, cuidado e atenção que teve comigo em todos os momentos deste mestrado.

Ao Prof. Afonso que tão prontamente aceitou nosso convite para a banca, pelas considerações tão valiosas apontadas em nosso trabalho, de maneira muito gentil e atenciosa.

Ao meu marido Gleber; por todos os incontáveis momentos em que estive ao meu lado, emocionalmente, com seu apoio e seu abraço nas dificuldades desta jornada, e literalmente me ajudando a decifrar os segredos dessa máquina chamada computador! Muito obrigada pelo amor, companheirismo e atenção!!! Este trabalho não estaria no papel se não fosse por você!

À meus pais Ronei e Carolina, pelo amor incondicional, por todas as vezes em que me acompanharam até Campinas, pelo apoio e incentivo desmedido para que chegássemos até aqui.

À Ligia, amiga e irmã, pela amizade, pelas nossas infindáveis conversas e trocas.

Ao meu irmão Aloisio, que mesmo a milhas de distância contribuiu para este trabalho.

À todas as pessoas, com ou sem hemiplegia, que um dia humildemente me deixaram intervir em seus corpos, através da fisioterapia. Com certeza este trabalho é fruto dessas vivências e interações.

MUITO OBRIGADA !!!

"A verdadeira viagem de descoberta consiste não em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos"

Marcel Proust

LOVO, Thais Maria Albani. Anosognosia: Imagem Corporal na Hemiplegia. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

RESUMO

Pessoas portadoras de deficiência física podem sofrer algum tipo de alteração em sua imagem corporal. Os indivíduos com hemiplegia, pela perda motora e alterações de sensibilidade, em um lado do corpo podem sofrer alterações na imagem corporal, sejam elas temporárias ou definitivas. Para melhor conhecimento da imagem corporal na hemiplegia vimos a necessidade de desenvolver uma revisão de literatura sobre essas complexas e intrincadas relações. Relatamos conceitos e discussões a respeito de imagem corporal, com seus aspectos fisiológicos, afetivos ou libidinais e sociais, sobre a hemiplegia e a relação entre essa mudança corporal ocorrida devido à seqüela neurológica relacionada aos aspectos neurológicos como a anosognosia, aspectos afetivos e sociais da imagem corporal. A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados da Web Spirs, Web of Science, Bireme, Acervus (Unicamp) e Cruesp, onde estão as bases como Medline, Sport discus, Psycinfo, Lilacs , Scielo, Biological Abstracts, Sociological Abstracts, entre outras. A escolha das respectivas bases foi feita após uma seleção entre as que dizem respeito a área de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde. Nas bases foram selecionados os idiomas: Inglês, Português e Espanhol. A pesquisa foi feita por assunto, utilizando algumas palavras-chave como: “body image e hemiplegia”, “body image e anosognosia” e “body image e stroke”. Através da análise e organização dos materiais encontrados na pesquisa e selecionados para esta dissertação, procuramos enfatizar alguns aspectos que tiveram destaque nos estudos, como a anosognosia. Diante dos resultados encontrados na pesquisa bibliográfica o conteúdo foi organizado em três temas: imagem corporal e deficiência física, aspectos neurológicos da imagem corporal e aspectos psicossociais da imagem corporal, todos relacionados à hemiplegia.

Palavras-Chaves : Imagem Corporal; Hemiplegia; Anosognosia

LOVO, Thais Maria Albani. Anosognosia: Body Image in Hemiplegia. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

ABSTRACT

People carrying any physical deficiency can suffer some kind of alteration in their body image. The individuals with hemiplegia having motor loss and sensitivity alterations in a side of the body can suffer alterations in their body image that are either temporary or definitive. In order to achieve a better knowledge about body image in hemiplegia we needed to develop a literature revision on these complex and intricate relations. Indeed, concepts and arguments regarding body image with its physiological, affective or libidinal and social aspects in relation to hemiplegia were reported, as well as the relation of this body change due to a neurological sequel of some neurological aspects as the anosognosia, and affective and social aspects of body image. The bibliographical research was carried through in following databases: Web Spirs, Web of Science, Bireme, Acervus (Unicamp) and Cruesp; where there are the bases Medline, Sport discus, Psycinfo, Lilacs, Scielo, Biological Abstracts, Sociological Abstracts among others. The choice of the respective bases was made after an election among the ones connected with Biological and Health Sciences. In the bases the selected languages were: English, Portuguese and Spanish. The research was made by subject, and some word-keys were used: "body image and hemiplegia", "body image and anosognosia" and "body image and stroke". Through the analysis and organization of the materials found and chosen to this thesis, we emphasized some aspects that had prominence in the studies, as the anosognosia. Based in the found results in the bibliographical research the content was organized in three subjects: body image and physical deficiency, neurological aspects of the body image, and psychological and social aspects of the body image, all related to the hemiplegia.

Key-words: Body Image; Hemiplegia; Anosognosia

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Número de referências em imagem corporal em cada uma das bases de dados.....	43
Tabela 2 -	Resultados das buscas nas bases de dados através das combinações de palavras-chave.....	44
Tabela 3 -	Número de referências encontradas através das combinações de palavras-chave: “body image e hemiplegia” e “anosognosia”	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Pressupostos básicos sobre Imagem Corporal.....	13
1.2 Considerações a respeito da Hemiplegia.....	27
2 METODOLOGIA	39
3 RESULTADOS.....	43
3.1 Imagem Corporal e Deficiência Física.....	46
3.1.1 Imagem Corporal no contexto médico.....	54
3.2 Aspectos Neurológicos da Imagem Corporal na Hemiplegia.....	59
3.2.1 Anosognosia na Hemiplegia.....	65
3.2.2 Síndrome da Negligência.....	76
3.3 Aspectos Psicossociais da Imagem Corporal na Hemiplegia.....	83
3.3.1 Aspectos Afetivos da Imagem Corporal na Hemiplegia.....	89
3.3.2 Aspectos Sociais da Imagem Corporal na Hemiplegia.....	97
4 DISCUSSÃO.....	105
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	125

1 INTRODUÇÃO

Em nossa experiência profissional na área de reabilitação, constatamos o alto número de pacientes que sofreram algum tipo de patologia com perda de movimento em um lado do corpo, resultando em hemiplegia. Alguns sofrem perda maior, com grande comprometimento motor, até mesmo de hemiface, e outros sofrem uma perda mais leve, conseguindo recuperação em alguns movimentos.

Levando em consideração a taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil, que em 1996 foi de 56, 1/1000000 habitantes (MOURA et al, 2005); a importância do AVC para o Sistema de Saúde no Brasil, que representa 8, 2% as internações e 19% dos custos hospitalares do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (GOMES, 1992), e a lacuna existente nesta área com trabalhos sistematizados que abordem a imagem corporal destes indivíduos com algum tipo de deficiência física, especificamente hemiplégicos, pensamos ser relevante trabalhar na abordagem deste tema.

Sabemos que a maioria das lesões e doenças neurológicas deixam seqüelas, algumas muito graves e incapacitantes, outras mais amenas, porém mesmo após percorrido o longo caminho da reabilitação, os pacientes ainda estarão com algum grau de incapacidade funcional, motora, sensitiva e possíveis mudanças afetivas, emocionais e sociais terão ocorrido em suas vidas.

Estima-se que a prevalência do AVC aumente cada vez mais na população idosa brasileira que está crescendo amplamente e a taxa de sobrevivência em indivíduos com idade entre 75 e 84 anos é de 79% e acima de 85 anos é de 67% (TEIXEIRA-SALMELA et al, 2000 , 2003). A prevalência de AVC é alta e apesar da taxa de sobrevivência ser elevada, atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência, o que o torna uma das principais causas de incapacidade em adultos (MAKIYAMA et al, 2004).

O tratamento fisioterápico é de suma importância desde a fase aguda do ocorrido, ainda na fase hospitalar, para a prevenção de deformidades, visando o retorno de função e permitindo a possibilidade de marcha, entre outros objetivos. Porém, mesmo depois de “reabilitados”, quando entram em um processo de “estabilização” dentro do tratamento fisioterápico (o paciente já está deambulando sozinho ou com auxílio externo: bengala), de certa

forma, de maneira independente, ainda assim pode ser complicado e árduo para esses pacientes conviverem com a perda e as alterações corporais assim como em outros aspectos de sua vida.

O período pós-reabilitação poderia ser o início de uma nova etapa em suas vidas, com a possibilidade de uma prática de atividade física adaptada às suas necessidades, o retorno à uma atividade ocupacional e à vida social, mas geralmente isso não ocorre de forma plena. Entendemos então a importância da inserção de uma atividade física adaptada à vida deste hemiplégico, que propiciará novas aquisições motoras, proprioceptivas, novas possibilidades e motivação, que muitas vezes, o tratamento fisioterápico por si só não conseguiu trazer à essa pessoa.

Enfatizamos a importância de estudarmos a imagem corporal dos deficientes físicos, fator presente e relevante à sua vida emocional, social e às suas ações e sensações. Com a utilização da atividade física e/ou prática esportiva durante e após o processo de reabilitação, teremos a tentativa de reinserção dessa pessoa com deficiência em suas atividades cotidianas, profissionais e na sociedade de uma forma muito mais natural e completa.

Creemos ser importante conhecer melhor a imagem corporal destes pacientes, o significado da perda de um hemicorpo, algumas vezes até mesmo o esquecimento desse lado paralisado, o não reconhecimento e a negligência de um lado do corpo para, com isto, podermos proporcionar-lhes melhores condições e qualidade em suas atividades motoras.

Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo fazer uma revisão de literatura das relações entre imagem corporal e hemiplegia, a partir de uma pesquisa bibliográfica, realizada em bases de dados da área da saúde como : Medline, Sportdiscus, Psycinfo, Biological Abstracts, Sociological Abstracts, Bireme, Lilacs, Scielo, Acervus (Unicamp), entre outras.

Na primeira parte do trabalho situamos a imagem corporal abordando três autores essenciais para a compreensão do tema: Paul Schilder (1999), Thomas Cash e Thomas Pruzinsnky (1990 e 2002) e Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares (2003). Em seguida abordamos essencialmente a hemiplegia, com seus aspectos particulares e específicos.

A metodologia utilizada está em nosso segundo capítulo e na terceira parte apresentamos os resultados encontrados na revisão de literatura. Os resultados compreendem os estudos que emergiram em nossa revisão de literatura sobre o tema de imagem corporal e

hemiplegia. Foram encontrados muitos trabalhos em nossa busca bibliográfica sobre o contexto da deficiência física associado à imagem corporal, assim achamos interessante trazer estes trabalhos, contextualizando-os para adentrar no assunto da hemiplegia especificamente.

Os resultados se encontram organizados em três tópicos: a imagem corporal no contexto das pessoas com deficiência física; os aspectos neurológicos da imagem corporal na hemiplegia e os aspectos psicossociais da mesma associados à hemiplegia. Após a descrição dos resultados discutimos alguns dos autores que trazem contribuições significativas para o tema encontrados em nosso trabalho.

1.1 PRESSUPOSTOS BÁSICOS SOBRE IMAGEM CORPORAL

O estudo sobre imagem corporal envolve várias áreas de conhecimento como psicologia, sociologia, neurologia, educação física, reabilitação e outras. Por ser um assunto complexo com uma abordagem multidimensional sobre o ser humano, integrando aspectos fisiológicos, afetivos, cognitivos e sociais, não é nossa pretensão dissertar de forma densa sobre o tema, mas contextualizá-lo para para posteriormente associarmos às alterações de imagem corporal ocorridas em deficientes físicos, mais precisamente em hemiplégicos. Neste sentido inciamos com um breve histórico dos estudos de imagem corporal.

No século XX alguns neurologistas se interessaram em investigar as alterações na percepção corporal dos pacientes com lesões cerebrais. Centralizavam seus estudos principalmente em classificar as mais diferentes formas de distúrbios existentes e em estabelecer conexões entre cada um deles e a região do córtex cerebral lesada.

Outro foco de estudo na época era o fenômeno do membro fantasma e durante algum tempo os neurologistas deram atenção na localização da área cerebral responsável pela formação da imagem corporal, pois indivíduos que perderam um membro de seu corpo, isto é sofreram uma amputação relatavam ainda sensações nítidas de que o membro ainda estava em seu corpo . Basicamente consideravam a experiência do membro fantasma como expressão do

processo central de imagem corporal (FISHER, 1990).

O neurologista britânico Henry Head (1911) deixou importantes contribuições nas pesquisas sobre imagem corporal. Ele examinou inúmeras síndromes neurológicas (hemiasomatognosia e anosognosia) relacionadas a imagem corporal e contribuiu com grande material clínico. Head originou o termo “esquema corporal” e foi o primeiro a construir a teoria relacionando como as percepções corporais são integradas e unificadas. O esquema corporal seria um modelo postural padrão que cada pessoa construiria de si mesma e que serviria de referência para que ela pudesse contrapor a este modelo suas diferentes posturas e movimentos (FISHER, 1990).

Outro neurologista que se destacou no século XX, estudando distorções da percepção corporal foi Joseph Gerstmann (1924), que descreveu a “Síndrome de Gerstmann”. Esta seria uma manifestação devido à lesão na região parietooccipital do hemisfério dominante levando aos sintomas: agnosia dos dedos, desorientação direita/esquerda, agrafia e discalculia. Em 1971 Poeck e Orgass contradisseram a síndrome de Gerstmann relatando baixa relação entre os sintomas característicos (FISHER, 1990).

Paul Schilder foi um dos mais proeminentes autores a escrever sobre imagem corporal na época, e demonstrou uma visão avançada para aquele momento histórico. Iniciou suas pesquisas como neurologista mas teve um olhar mais abrangente sobre imagem corporal, invadindo os campos da filosofia e da psicanálise. Trabalhou com pacientes histéricos, hipocondríacos e esquisofrênicos, relacionando os distúrbios psiquiátricos a imagem corporal. Em 1935 publicou o trabalho intitulado “A Imagem do Corpo - as energias construtivas da psique” no qual deixa claro seu ponto de vista onde a imagem corporal não deve ser analisada somente dentro do contexto neurológico e orgânico, mas também sob o olhar psicanalítico e sociológico(FISHER, 1990).

Schilder deu grande ênfase na fluidez da imagem corporal, no seu constante processo de transformação, relacionando imagem corporal às interações da pessoa com os outros e com o meio, às emoções, uso de objetos e roupas, às relações com o próprio corpo tanto interna como externamente. Trouxe os conceitos ligados à imagem corporal aplicados diretamente a vida cotidiana (FISHER, 1990).

Entre os autores contemporâneos que se dedicam ao estudo da imagem corporal destacamos Thomas Cash e Thomas Pruzinsky. Cash é professor de psicologia da

Universidade de Norfolk nos EUA e durante os últimos 30 anos tem publicado artigos e capítulos sobre psicologia da aparência física. Seu trabalho abrange tópicos como: desenvolvimento; avaliação e tratamento da imagem corporal; distúrbios alimentares; obesidade; problemas relacionados à aparência (discriminação, estereótipos, alterações decorrentes de doenças), e cirurgias plásticas corretivas.

Pruzinsky é professor de Psicologia na Univesidade Quinnipiac e professor assistente no Departamento de Cirurgia Plástica na Univesidade de Nova York, nos EUA. Sua pesquisa e foco de interesse é sobre os aspectos psicológicos da cirurgia plástica e reconstrutiva, principalmente na adaptação a longo prazo da imagem corporal em desfigurações faciais congênitas e adquiridas.

Thomas Cash e Thomas Pruzinsky publicaram juntos dois livros de grande interesse ao nosso trabalho. Em 1990, “Body Image, Development, Deviance and Change” e posteriormente em 2002 “Body Image: a handbook of theory, reserch and clinical practice”, os quais serão abordados a seguir no decorrer do trabalho.

Atualmente encontramos um trabalho de fundamental importância para a área de imagem corporal e primeiro livro publicado sobre o assunto no Brasil. Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares é Professora do Departamento de Estudos da Atividade Física Adaptada da Universidade Estadual de Campinas, Médica Fisiatra e Fisioterapeuta, possui formação em Psicanálise e Psicologia Integrativa e atua na linha de pesquisa de Imagem Corporal e Movimento, desenvolvendo vários estudos nesta área.

O livro se intitula “Imagem Corporal – Conceito e Desenvolvimento”, publicado em 2003, e traz grande contribuição aos estudos de imagem corporal, abordando um “outro olhar” sobre o corpo e suas relações, desde os primeiros contatos após o nascimento e a construção da imagem corporal e suas relações. São abordados conceitos da psicanálise como pulsões, fantasias e narcisismo e suas relações com a imagem corporal, de uma maneira didática e esclarecedora, fundamentais para a compreensão das dimensões da imagem corporal .

Faremos uma breve revisão enfatizando estas principais obras da literatura científica sobre o assunto em questão: imagem corporal, tema complexo, fascinante e multifacetado. Abordaremos Paul Schilder (1999), Thomas Cash e Thomas Pruzinsky (1990 e 2003) e Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares (2003).

Estamos falando de corpos, movimentos, ou mesmo ausência de movimentos,

concomitante a isto, estará sempre a imagem corporal deste indivíduo, seja ele lesado de alguma forma ou não.

PAUL SCHILDER (1999)

Paul Schilder define que a imagem do corpo humano é “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”.

Em um primeiro momento estão as sensações que nos são dadas, por toda a superfície do corpo, as informações sensitivas (aférentes) e que levam a resposta motora (eferente) através de um movimento. Recebemos impressões táteis, térmicas, de dor, dos músculos e das vísceras, enfim um conjunto de sensações que dão a unidade de corpo, que é percebida, mas é mais do que uma percepção, essa unidade é o esquema de nosso corpo, importante para o conhecimento da posição do corpo, do modelo postural do corpo. O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal (Schilder, 1999).

A imagem corporal está sempre em mudança, crescimento e desenvolvimento, em constante auto construção e auto destruição interna, vive em sua contínua diferenciação e integração. O autor nos transmite uma visão multidimensional e dinâmica da imagem corporal, em seu livro apresentado em 1935, “A Imagem do Corpo” cujo conteúdo foi distribuído em três partes : a estrutura fisiológica da imagem corporal, a estrutura libidinal e a sociologia da imagem corporal.

A imagem corporal não é um fenômeno estático, e sim adquirido, construído e estruturado num contato contínuo com o mundo. É uma estruturalização na qual ocorrem mudanças contínuas relacionadas à mobilidade e às ações no mundo externo, visto que todos os sentidos participam deste processo de construção. Conforme Schilder (1999), o aparelho vestibular tem uma função especial, em nossa relação com o solo, com a gravidade, para os mecanismos de movimento e para percepção da imagem corporal.

É importante citar também que :

Os processos que constroem a imagem corporal não se dão apenas no campo da percepção, mas também tem paralelos com a construção no campo libidinal e

emocional. Os objetos de amor externo, nossas relações com eles e suas atitudes em relação a nós tem aqui grande importância (SCHILDER, 1999, p.192).

Na esfera da percepção, a imagem corporal depende de certa forma do mundo em seu aspecto inanimado, porém na esfera libidinal a imagem corporal depende em grande parte de nossas atitudes em relação ao objeto de amor ou pensando em um sentido mais amplo, ao mundo em seu aspecto animado e com vida.

Há alguma emotividade ligada à percepção propriamente dita. Mas sabemos que existe uma intensa vida libidinal, além das simples funções de percepção e ação que nela se baseiam. Falamos de estruturas libidinais ou , usando uma terminologia mais geral, de impulsos e desejos instintivos emocionais. A vida emocional tem um papel enorme na forma final do modelo postural do corpo. A influência emocional mudará o valor relativo e a clareza das diversas partes da imagem corporal, de acordo com as tendências libidinais (SCHILDER, 1999 p. 330).

Schilder fala também da relação dor/prazer intrínseca à imagem corporal, da relação entre dor orgânica e alterações psíquicas, e da influência da atitude psíquica sobre a imagem corporal.

No nível psicológico, a construção do modelo postural do corpo se dá através de contato contínuo com o mundo externo. A estrutura libidinal da nossa imagem corporal, é construída não apenas através do interesse que temos por nosso corpo, mas também pelo interesse que os outros demonstram por ele, através de palavras, atitudes e ações. E aquilo que as pessoas que nos cercam fazem com seus próprios corpos também tem grande importância, já mostrando indícios dos aspectos sociais da imagem corporal.

Em toda ação, agimos não apenas como personalidades, mas também com nossos corpos. Vivemos constantemente com o saber de nosso corpo. A imagem corporal é uma das experiências básicas na vida de qualquer um. É um dos pontos fundamentais da experiência vital (SCHILDER, 1999, p.222).

Portanto em qualquer atitude desejamos modificar o modelo postural, quando vemos algo tem início uma série de ações musculares e alterações da percepção da relação espacial do corpo. Pode-se dizer que quando ocorre uma ação, muda-se a localização e a forma da imagem corporal. Em toda ação e em todo desejo pretendemos obter uma mudança da imagem corporal. A imagem corporal é lábil e mutável, pode se encolher ou se expandir, pode dar partes

suas para o mundo externo ou se apoderar de partes dele. Assim quando um indivíduo faz uso de bengala, esta passa a fazer parte de sua imagem corporal, é sua extensão em contato com o mundo. As roupas, jóias, tatuagem, maquiagem, penteados, tinturas de cabelo também alteram e fazem parte de sua imagem corporal.

Os movimentos e a atividade física como ginástica ou dança promovem mudanças e alterações no modelo postural do corpo. Assim ocorrem desestruturação e alteração da imagem corporal, diminuindo a rigidez de sua forma, pois ao nos movermos afastamo-nos da figuração primária comparativamente rígida. Portanto a diminuição da rigidez da imagem corporal trará consigo uma determinada atitude psíquica. “Assim, o movimento influencia a imagem corporal e nos leva de uma mudança da imagem corporal a uma mudança da atitude psíquica.”(SCHILDER, 1999, p.229)

Assim a emoção também influencia diretamente a imagem corporal, através de alterações posturais, com as contrações musculares, alterações de tensão em alguns músculos e movimentação do corpo, conforme a qualidade da emoção: raiva, alegria, tristeza, angústia...

Enfim, para Schilder (1999), a imagem corporal é cercada por uma esfera de sensibilidade especial, isto se aplica inclusive ao campo fisiológico, já que o odor do corpo vai mais longe do que o próprio corpo. Toda mudança real do modelo postural do corpo também modifica essa zona circundante. Sentimos estas zonas especialmente quando alguém tenta se aproximar de nós, quando muito próximos, sentimos como uma invasão do limite de nossa imagem corporal, mesmo que esteja longe de tocar nosso corpo.

Isto enfatiza o fato de que a imagem corporal é também um fenômeno social e está inter relacionada com a imagem corporal dos outros, pois se propaga no espaço. Como os outros nos veem, que valor atribuem a nosso corpo também influencia nossa imagem corporal.

O espaço específico que circunda a imagem corporal pode tanto aproximar os objetos do corpo quanto o corpo dos objetos. A configuração emocional determina a distância entre os objetos e o corpo (SCHILDER, 1999 p. 239).

Schilder traz algumas formulações gerais a respeito dos aspectos sociais: as imagens corporais nunca estão isoladas, estão sempre cercadas pelas imagens corporais dos outros; a relação com as imagens corporais alheias é determinada pelo fator de proximidade ou afastamento espacial e emocional; as imagens corporais são em princípio, sociais, e há um intercâmbio contínuo entre partes de nossa imagem corporal e das imagens corporais dos outros.

Há um fator muito interessante que diz respeito à ética. As leis morais só podem ser aplicadas a seres humanos com um corpo, e assim os fenômenos morais estão intimamente relacionados com nossa imagem e com a imagem dos outros. Nós não só toleramos os outros mas precisamos da existência deles, às vezes podemos querer destruí-los, mas também temos uma tendência a preservá-los e construí-los, nos interessamos tanto pela nossa integridade quanto pela dos outros. “Assim como a integridade de nosso corpo e sua preservação é um valor moral, a preservação dos corpos alheios também o é” (SCHILDER, 1999, p.311).

Um corpo é sempre a expressão de um ego e de uma personalidade, e está num mundo. Mesmo uma resposta preliminar ao problema do corpo não pode ser dada, a menos que tentemos uma resposta preliminar sobre a personalidade e o mundo (SCHILDER, 1999, p. 337).

THOMAS CASH; THOMAS PRUZINSKY (1990, 2002)

Abordaremos dois trabalhos de Cash e Pruzinsky, um publicado em 1990 e outro em 2002. No trabalho intitulado “Body Images, Development, Deviance and Change”(1990), os autores escrevem sobre os conceitos e avaliação de imagem corporal, sobre as mudanças ocorridas por diversas disfunções e através de intervenção psicológica. Relatam a psicologia da aparência física como externa e interna. A externa se refere à atributos objetivos de aparência física e suas implicações sociais e pessoais para o desenvolvimento humano, e a interna como representações subjetivas de aparência corporal e experiência corporal. Para melhor entendimento da psicologia da aparência física é preciso integrar estes dois pólos: objetivo e subjetivo.

O trabalho destes autores aborda a construção da imagem corporal sob as perspectivas: histórica, cultural e psicométrica ; o desenvolvimento da imagem corporal de forma contextual, psicodinâmica e de psicologia clínica e social ; aborda também o fenômeno da imagem corporal da forma como ocorreu o desvio físico : por trauma , deformidades congênitas ou psicopatologias. Relatam ainda as mudanças na imagem corporal devido à intervenções médicas, reconstruções cirúrgicas, cirurgia estética e intervenções psicológicas (cognitivo/comportamental, psicodinâmica, desenvolvimento construtivista e somatopsíquica).

Devido à diversidade de perspectivas que são encontradas no trabalho dos

autores, eles estabeleceram alguns temas que acreditam integrar melhor esses assuntos, são eles (CASH e PRUZINSKY, 1990):

A imagem corporal se refere à percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e à experiência corporal: nós temos muitas percepções, pensamentos e sentimentos sobre o nosso corpo como: aparência; partes específicas de nosso interesse; idade; etnia; resistência física; funções corporais e sexualidade. No campo da percepção nós construímos imagens a respeito do tamanho e da forma de vários aspectos do corpo. No campo emocional estão nossas experiências de conforto e desconforto, satisfação ou insatisfação associadas à nossa aparência assim como a outros aspectos de experiência corporal.

Enfim, segundo os autores, a imagem do corpo é uma experiência subjetiva e altamente personalizada. Mas a impressão subjetiva individual ou a experiência do corpo não é necessariamente congruente com a realidade física de cada um, alguns referem uma experiência subjetiva muito mais negativa do que realmente se apresenta na realidade objetiva (anorexia, psicopatologia) e por outro lado, indivíduos com incapacidades físicas reais, nem sempre relatam experiências subjetivas negativas, mas melhores do que o são na realidade, portanto os autores frisam que não podemos julgar a imagem corporal somente pela aparência física.

Imagens do corpo são multifacetadas: não existe um termo singular para defini-las; entre eles: percepção e atitude com relação à aparência, tamanho do corpo, posição do corpo no espaço, limites do corpo, competência e desempenho do corpo. Assim também as mudanças na imagem corporal podem ocorrer sob várias dimensões: alterações físicas, mudanças na experiência corporal, mudanças nas reações emocionais do corpo, mudança nos aspectos cognitivos e comportamentais da imagem do corpo, ou uma combinação de fatores.

Experiências de imagem corporal são entrelaçadas com sentimentos sobre nós mesmos: como nos percebemos e experimentamos nossos corpos está significativamente relacionado a como percebemos a nós mesmos. Nosso principal fundamento sobre nós mesmos é o corpo. Então se temos atitudes de imagem corporal negativas estamos sujeitos a ter experiências deste tipo em nosso ser como um todo, é o caso de pessoas que projetam culpa sobre seu corpo por perceber deficiências em outros aspectos de si mesmos.

Imagens do corpo são socialmente determinadas: o desenvolvimento da imagem corporal está baseado desde a primeira interação com nossos cuidadores, os anos iniciais de vida com nossos pais, o contato corporal, o cuidado deles para com nossas funções, tudo isso é

importante para nossas experiências posteriores com nosso corpo e com nós mesmos. As influências sociais na imagem corporal continuam através da vida, nas atribuições físicas, atratividade, resistência física, etnicidade, conceito de beleza relacionada ao padrão da época.

Imagens do corpo não são totalmente fixas ou estáticas: aspectos de nossa imagem corporal estão constantemente mudando, nosso foco de atenção passa em alguns minutos de uma parte do corpo para outra. Quando estamos de bom humor nos vemos de uma certa forma, temos pensamentos mais positivos em relação ao corpo, à nosso peso, forma, ao contrário de quando estamos de mau humor. Nossa imagem corporal também é afetada por adornos e enfeites, como nossas roupas favoritas, jóias, cosméticos e perfumes.

Sob a perspectiva do desenvolvimento, a imagem corporal muda com a idade, com o envelhecimento, com as mudanças nos padrões de beleza, de rendimento físico e aparência. Há ainda diferentes trajetórias nas mudanças da imagem corporal; as mudanças abruptas e as graduais. Nós mesmos nos olhamos no espelho quando mudamos o corte de cabelo, ou tiramos a barba, e temos um vago senso de despersonalização por causa da disparidade percebida nesse “novo eu”. As mudanças graduais no corpo são mais fáceis para serem elaboradas do que mudanças abruptas como por exemplo as cirurgias plásticas. Em observações clínicas foi constatado que o impacto emocional é diferente entre pessoas com deformidades traumáticas agudas e repentinas e pessoas com deformidades faciais congênitas, isto é que nasceram assim, onde fica claro que o trauma, por ser abrupto, pode ser mais difícil para o indivíduo absorver e elaborar as modificações causadas.

Influência das imagens do corpo no processo de informação: atitudes corporais estão presentes em todos aspectos de comportamentos, se temos problema com alguma parte de nosso corpo podemos sempre pensar que as pessoas estão reparando nisso, e se não fomos bem recebidos vamos achar que foi por causa desse “defeito”. Portanto nossa imagem corporal pode alterar nosso processo de informação e fazer com que vejamos o que nós esperamos ver.

Imagens do corpo influenciam comportamentos: na consciência e inconsciência as imagens corporais influenciam o comportamento, particularmente em relações interpessoais. Assim como pessoas que se sentem atrativas e tem uma atitude positiva de imagem corporal facilitam seu acesso à habilidades sociais, as pessoas com alguma deformidade facial são mais tímidas e inibidas socialmente. O modo como vemos nossa imagem corporal, como

sentimos nosso corpo, se gostamos ou não dele influenciará diretamente nosso comportamento.

No trabalho intitulado “Body Image, a handbook of theory, research and clinical practice” (2002), Cash e Pruzinsky trazem algumas perspectivas sobre o assunto como perspectivas conceituais: sociocultural, psicodinâmica, cognitiva-comportamental, processamento de informação e perspectivas feministas. Os autores abordam também as influências e perspectivas do desenvolvimento, avaliação de imagem corporal, diferenças culturais e individuais, disfunções e desordens, finalizando com os aspectos da imagem corporal que ocorrem em contexto médico e através das mudanças cirúrgicas e intervenções psicológicas.

Os autores fazem uma retrospectiva dos estudos de imagem corporal citando Paul Schilder, que em 1935, realizou uma abordagem biopsicossocial da imagem corporal enfatizando a necessidade de examinar elementos neurológicos, psicológicos e socioculturais. Posteriormente em 1958-1968, Fisher e Cleveland escrevem sobre as “fronteiras da imagem corporal”, revisando pesquisas empíricas sobre os conceitos de “barreira” e “penetração”, refletindo sobre a extensão ou permeabilidade das fronteiras do corpo.

Os autores fazem considerações sobre as perspectivas históricas e contemporâneas, enumerando alguns temas recorrentes como: a convicção de que a imagem corporal exerce um papel integral no entendimento da experiência humana; o reconhecimento da complexidade da construção da imagem corporal e a falta de integração empírica e teórica dentro e através das diversas disciplinas que envolvem o estudo deste assunto.

Os autores enfatizam que a experiência corporal tem sido vista como construção fundamental para o entendimento do funcionamento humano. Esse papel vital da imagem corporal significa que ela tem potencial para influenciar dramaticamente nossa qualidade de vida. Desde o nosso nascimento sofremos influência da imagem corporal, que afeta nossas emoções, pensamentos e comportamentos, na nossa vida diária. Também exerce influência sobre nossos relacionamentos públicos e íntimos. Os autores sugerem que como profissionais e pesquisadores podemos apreciar a extensão e profundidade das experiências corporais e então poderemos prevenir e aliviar o sofrimento das pessoas cujas alterações de imagem corporal afetaram intensamente suas vidas.

MARIA DA CONSOLAÇÃO G. CUNHA F. TAVARES , 2003

A autora conceitua imagem corporal como a imagem mental do próprio corpo, ou seja a representação mental do corpo, onde as imagens mentais são singulares e cada indivíduo tem um envolvimento, uma experiência com elas. Considera este corpo como um corpo existencial, no qual desenvolvemos uma identidade corporal no decorrer da vida. Portanto imagem corporal engloba todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua seu próprio corpo.

A imagem corporal reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo, cujas percepções integram sua unidade e marcam sua existência no mundo a cada instante. Percepções que se concretizam em um corpo. Nossa história é , antes de mais nada, a história de nossas experiências perceptivas (TAVARES, 2003, p.20).

No decorrer do livro Tavares fala sobre o desenvolvimento da imagem corporal, sobre a importância de termos referências sobre o nosso corpo, buscando continência para nossa singularidade, nossas sensações, assumindo e vivenciando nossas sensações corporais como reais e verdadeiras, dentro de um contexto que envolve aspectos culturais, fisiológicos e afetivos. Ao integrarmos esses elementos ampliamos nosso contato interno e facilitamos nossa adaptação ao mundo externo.”O contato com nossas sensações corporais representa um eixo direcionador, um alicerce para um processo de construção da identidade corporal do indivíduo”(TAVARES, 2003, p.80).

Um aspecto importante é que para que aconteça a conexão de um indivíduo com seu corpo, para que esse corpo se apresente como uma imagem em sua mente, é necessário que ele exista como um objeto significativo e concreto, que cause impacto e seja distinto dentre tantos outros objetos que se apresentam ao indivíduo e que também produzem imagens. Esse aspecto significativo do corpo vai sendo construído desde nossas primeiras relações objetais com nosso primeiros cuidadores, ou seja a relação mãe-bebê, na maioria das vezes.

Esse processo de vivenciar seus movimentos, direcionar suas ações no mundo externo de forma conectada com suas sensações corporais, estar consciente dos aspectos afetivos, sociais e fisiológicos de seu corpo, conhecendo suas possibilidades e aceitando suas limitações

corporais, representa um desenvolvimento satisfatório de uma imagem corporal integrada. Esse processo pode sofrer interferências de vários fatores como idade, doenças, traumas, intervenções terapêuticas e pedagógicas, assim como pode ser também facilitado e propício a desenvolver-se.

A imagem corporal pode ser definida como o quadro formado pelas imagens ou representações mentais do corpo que se apresentam ao indivíduo no contexto de sua vida. A construção de um sentido de identidade é o aspecto básico para a organização de uma imagem corporal coesa. O sentido de identidade se constrói da integração de vivências perceptivas que incluem forças externas e internas do corpo. As forças externas abrangem condições ambientais, aspectos culturais e relações afetivas. As forças internas se referem ao corpo em si, do qual as energias impulsivas emergem. (TAVARES, 2003, p.131)

Tavares enfatiza o trabalho de Kruger (1990) sobre os estágios do desenvolvimento da imagem corporal, focalizando que os primeiros anos de vida da criança é o período ideal para estruturação da identidade corporal, que é um elemento básico para organização da imagem corporal. Krueger relata 3 estágios de desenvolvimento: experiências psíquicas precoces do corpo, onde no vínculo mãe-bebê, a criança encontra continência para o que lhe é necessário, e vivencia suas sensações, movimentos e afetos.

No segundo estágio está a consciência inicial da imagem corporal com integração de experiências internas e externas; essa fase começa aos poucos meses de vida e se estende até a criança começar a andar. Ocorre o processo de diferenciação entre o eu e o mundo externo. A criança entende então a distinção entre o que seu corpo pode tocar e o objeto que é tocado, tem então a consciência de que há um espaço além de seu corpo.

O terceiro estágio é caracterizado pela definição e coesão do eu corporal como base da consciência do eu, tendo início quando a criança já se reconhece no espelho, cerca de 15-18 meses. Começa a emergir a autonomia e consciência do próprio “eu”, e a criança tem a capacidade de dizer “não”. Nesta fase ocorre então a diferenciação do que é imagem do “eu” e do “não eu”, consolidando uma representação interna do corpo e senso de identidade.

Como já foi citado anteriormente, Tavares relata que podem ocorrer obstáculos no desenvolvimento da imagem corporal, o qual é vinculado a fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais. Alguns desses fatores influenciadores são: doenças, amputações, traumas, modificações rápidas no crescimento, deficiência no sistema nervoso responsável em processar imagens mentais, relações afetivas e sociais inapropriadas, perdas de pessoas queridas, crise

financeira, perda de emprego e a idade.

A autora cita novamente Kruger (1990), ao falar de fatores que podem ocorrer durante as fases iniciais do desenvolvimento da criança, são eles: superinvasividade e superestimulação, falta de percepção dos pais e de resposta empática, respostas inconsistentes e seletivas.

O trabalho de Tavares inova ao relatar princípios norteadores para facilitar o processo de desenvolvimento da imagem corporal, enfatizando a importância do estudo de imagem corporal entre profissionais da educação física e saúde, profissionais que trabalham com o corpo, em uma interação constante de corpo-a-corpo com o outro. Ressalta a imagem corporal do profissional, suas expectativas, as circunstâncias do trabalho e intervenções na comunidade:

a) Imagem corporal do profissional

Para ser mais flexível em suas relações e reconhecer o espaço do outro, o profissional deve ter familiaridade com suas próprias sensações, deve ter sua imagem corporal bem desenvolvida. O trabalho com o corpo do outro envolve uma adequada delimitação entre o excesso e falta de contato corporal, e esse equilíbrio é atingido não somente de forma cognitiva, mas com familiaridade com nossas próprias sensações, percepções e reconhecimento de nossas próprias necessidades.

É fundamental que esse profissional tenha aceitação de seu corpo, mantenha contato com suas sensações corporais cotidianamente, reconheça as manifestações corporais suas e dos outros não como defeitos ou qualidades, mas como uma manifestação única e singular de cada um.

b) Expectativas do profissional

A intervenção proposta pelo profissional deve representar algo que ele acredita e considera importante e especial e que por isso vale a pena ser realizada, deixando então fluir a energia pulsional desse profissional.

c) Conhecimento dos aspectos afetivos, fisiológicos e sociais

Com esse conhecimento o profissional estará mais apto a oferecer segurança e consistência ao outro, atingindo objetivos e a essência do processo.

d) Circunstâncias do trabalho

Importância de um espaço adequado como forma de oferecer proteção, segurança e conforto das pessoas envolvidas, levar em consideração o tempo, duração, local e a frequência do processo.

e) Ampliar as possibilidades de continência e consciência do corpo

Ocorre um processo interligado entre reconhecermos nossas sensações corporais, darmos continência a elas, e alcançarmos a compreensão de seus significados (consciência). O profissional deve estar atento para escutar o não-verbal, o inesperado, cada palavra, gesto, afeto ou manifestação corporal.

f) O trabalho implica desenvolvimento para o cliente e para o profissional

g) Intervenções na comunidade podem favorecer o desenvolvimento da imagem corporal

Uma intervenção poderá ser mais positiva ou mais significativa, mas sua dimensão nunca poderá ser definida de modo objetivo. Trabalhar com o foco direcionado para a imagem corporal nos obriga a aceitar a subjetividade, mergulhar em fenômenos complexos e aceitar que nossa intervenção pode interferir no processo de desenvolvimento facilitando-o ou prejudicando-o. Através de uma compreensão profunda da imagem corporal poderemos nos tornar mais aptas a propor intervenções diversificadas convergindo para um ponto comum: o processo de diferenciação e integração da identidade e da imagem corporal.(TAVARES, 2003, p.25)

Iniciativas cuidadosas que visem melhorar a qualidade de vida das pessoas em várias situações são sugeridas como: propostas de espaço reflexivo entre pais, professores e alunos, atividades recreativas na comunidade, ginástica laboral e vivências corporais com gestantes.

Enfim a imagem corporal se refere a vivências perceptivas, momentos existenciais experienciados por um indivíduo, uma ligação profunda com a história de vida de cada um, não no conjunto de fatos mas na conexão de toda sua experiência existencial.

Pensamos enriquecer nosso panorama sobre imagem corporal trazendo algumas colocações de Merleau-Ponty (1994), que fala sobre o corpo existencial.

Estamos falando do corpo e suas relações, Merleau-Ponty (1994) em sua visão filosófica e fenomenológica buscou uma nova forma de compreender o corpo, tentando superar a dicotomia corpo-espírito, conceituando como corpo existencial. Em seu livro “Fenomenologia da Percepção”, coloca que a fenomenologia é o estudo das essências, é uma filosofia que repõe as essências na existência. Fala ainda que com relação as dimensões da história, não há uma palavra, um gesto humano, mesmo distraídos ou habituais, que não venham carregados de significação. Merleau-Ponty reconhece plenamente que consciência e corpo, corpo e mundo, não estão meramente inter-relacionados, mas são virtualmente inseparáveis e condição inerente da vida humana.

Com relação às palavras do autor, que afirma que nós não temos um corpo, mas que nós somos um corpo, estamos falando de pessoas, que realizam movimentos e gestos diariamente, pessoas com ou sem deficiência em seus corpos existenciais e que interagem umas com as outras, com seus corpos constantemente. Para ilustrar com as palavras de Merleau-Ponty:

O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras, ele é portanto inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 18).

1.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE HEMIPLEGIA

DEFINIÇÃO

O aparecimento da hemiplegia ocorre devido a uma lesão cerebral que pode ocorrer devido à vários motivos e o grau de acometimento no corpo deste indivíduo depende da área cerebral afetada e da extensão da lesão. A definição de hemiplegia, segundo Sanvito (1976):

- Hemiplegia: é a perda total de movimentos no hemicorpo contra lateral à lesão cerebral
- Hemiparesia: é a perda parcial de movimentos em um dos lados do corpo, também oposto à lesão.

A hemiplegia pode ser: completa (quando atinge um hemicorpo e o mesmo lado da face), incompleta (atinge um lado do corpo, sem comprometimento facial), e pode atingir lado direito ou esquerdo do corpo.

A lesão cerebral não causa simplesmente um déficit sensório- motor, mas uma “quebra” de vários sistemas neurais; do déficit motor à problemas perceptuais, cognitivos e comportamentais. É uma combinação de conseqüências à motricidade e à área neuropsicológica do paciente (HOCHSTENBACH, MULDER, 1999).

Pode resultar em alguns déficits: déficits motor e sensitivo, apraxias, afasias e problemas na comunicação, disfagia, alterações visuais, agnosias (visual, tátil, auditiva e anosognosia), alterações espaço-visuais, confusão perceptual, os quais serão abordados de uma forma mais específica no decorrer do trabalho.

Estudos recentes tem sido realizados em torno da prevenção do AVC, e segundo Goldstein, Hankey (2006), quase 75% dos AVCs são primários, isto é ocorreram pela primeira vez no indivíduo, os autores afirmam que deve existir uma prevenção efetiva nas pessoas com fatores de riscos já estabelecidos, como hipertensão arterial e alterações lipídicas, e que não sofreram nenhum AVC. Outro estudo bastante atual aborda o tema das possibilidades de recuperação cerebral após um AVC e que dependem entre outros fatores da plasticidade cerebral e dos elementos não afetados na rede cortical funcional, além de tratamento clínico e de reabilitação multidisciplinar (HEISS, TEASEL, 2006).

ETIOLOGIA

Nitrini, Baschesci (1991) consideram que a hemiplegia pode ser causada por diversas patologias : acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico ou isquêmico, tumor cerebral, aneurismas, processos infecciosos (AIDS, neurosífilis, neurotoxoplasmose) e trauma crânio-encefálico. Neste trabalho em questão abordaremos o estudo de hemiplégicos vítimas de um acidente vascular cerebral (AVC), e utilizaremos essa sigla no decorrer do texto, por ser um

termo médico amplamente utilizado na literatura.

A maior causa de hemiplegia é a doença vascular cerebral, definida por Nitrini e Bacheschi (1991) como “todas as alterações nas quais uma área cerebral é transitória ou definitivamente afetada por isquemias e (ou) sangramento, ou nas quais um ou mais vasos cerebrais são envolvidos em um processo patológico”.

A doença vascular cerebral pode acontecer como icto transitório, no qual o déficit neurológico é de duração menor que 24 horas, geralmente de natureza isquêmica, devido à fenômenos tromboembólicos ou devido à hemorragia, em consequência de aneurismas ou malformações arterio-venosas congênitas que se rompem no parênquima encefálico ou hemorragia por ruptura de aneurismas adquiridos. Outra forma é o pequeno icto, que é a designação para uma situação na qual há recuperação funcional completa. Também pode ocorrer como icto completo que, segundo o autor, é o “processo de disfunção encefálica de causa vascular cuja sintomatologia persiste por períodos superiores à 24 horas, e em cuja recuperação exista algum grau de seqüela” (NITRINI, BASCHESCHI, 1991).

Os acidentes vasculares cerebrais podem ser isquêmicos ou hemorrágicos. Denominamos acidente vascular isquêmico (AVC I) quando ocorre uma isquemia no local, pela obstrução de uma vaso, devido à trombose ou embolia, arteriosclerose ou hipertensão arterial sistêmica. Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVC H) ocorre quando há extravasamento de sangue ao parênquima. A hipertensão arterial sistêmica, malformações arterio-venosas, rupturas de aneurismas são fatores desencadeantes desta hemorragia (NITRINI e BASCHESCHI, 1991).

Williams et al (1999) consideram, em um estudo sobre ocorrência de acidentes vasculares cerebrais, que o prognóstico é mais grave para AVC's hemorrágicos, onde os pacientes com hemorragias subaracnóideas e intracerebrais permanecem mais tempo hospitalizados, e tem maior taxa de mortalidade do que os pacientes que tiveram AVC isquêmico.

ESPECIALIZAÇÃO HEMISFÉRICA

Por muito tempo manteve-se a idéia de dominâncias hemisféricas, onde um hemisfério seria dominante, e isso ainda é utilizado na linguagem de alguns artigos encontrados,

mas Lent (2001) assegura que essa concepção é ultrapassada, e essa idéia foi precursora da concepção moderna de especialização funcional dos hemisférios cerebrais. Percebeu-se que não há um hemisfério dominante e outro dominado, mas sim dois hemisférios especializados. Cada hemisfério encarrega-se de um conjunto de funções, às vezes são os modos de executar a mesma função, ou seja as estratégias funcionais que fazem a diferença entre um hemisfério e outro, ambos no entanto trabalham em conjunto, utilizando-se dos milhões de fibras nervosas que constituem as comissuras cerebrais e os colocam em constante interação.

Lent (2001) sugere que esse novo conceito de especialização hemisférica, pode gerar alguma confusão com outros dois relacionados: conceito de lateralidade e assimetria.

Lateralidade é um conceito essencialmente funcional, onde algumas funções são representadas igualmente em ambos hemisférios (ex: visão), e outras são representadas apenas de um lado (ex: fala) (LENT, 2001).

Assimetria é um conceito mais geral que engloba o conceito de lateralidade e apresenta-se sob várias modalidades: assimetrias morfológicas, funcionais e comportamentais. Isso significa que os dois hemisférios cerebrais não são simétricos; vistos sob diferentes ângulos, diferem em suas especificidades de forma, representação funcional e assim também nos comportamentos que controlam. O autor considera simplista e dicotômica a visão de que um seria “verbal” e o outro “espacial”, como vista em muitos trabalhos (LENT, 2001).

- **HEMISFÉRIO ESQUERDO:** funções específicas, em 95% dos seres humanos está representado a fala (comunicação verbal e escrita), cálculos, escrita, leitura, relações espaciais (qualitativas; acima/embaixo, dentro/fora), movimentos mais precisos da mão direita e perna direita.(LENT, 2001; PALMER e TOMS, 1988).
- **HEMISFÉRIO DIREITO:** sons musicais, faces, relações espaciais métricas (quantificáveis, aquelas que são úteis para nosso deslocamento no mundo), movimentos menos precisos mão esquerda e perna esquerda, atenção à imagem corporal, interpretação da sensibilidade, controle respostas emocionais, percepção de emoção nos outros (LENT, 2001; PALMER, TOMS, 1988).

Segundo Lent (2001) as assimetrias comportamentais além das já citadas

assimetrias perceptuais e linguísticas, também refletem a especialização dos hemisférios cerebrais, como por exemplo a preferência manual. Geralmente 95% da população é destra, isto é, utiliza a mão direita para tarefas motoras de alta precisão. A maioria dos destros tem a linguagem representada no hemisfério esquerdo, mas a maioria dos canhotos também. Apenas uma pequena proporção de canhotos tem representação linguística no hemisfério direito e uma proporção menor ainda tem linguagem bilateral.

Barbizet e Duizabo (1985) escrevem sobre a lateralidade do indivíduo, se é destro ou sinistro (canhoto), e relatam que ela deve ser pesquisada ao nível da mão, olho e pé. Com relação à mão pergunta-se qual delas ele usa preferencialmente para executar gestos que necessitem ao mesmo tempo de força e precisão (chave, martelo, parafuso). Segundo esses autores a escrita é relativa, pois alguns indivíduos podiam ser originalmente canhotos e foram “treinados” na escola à escrever com a direita. Sobre o pé deve-se perguntar qual é a preferência por chutar uma bola, e sobre os olhos deve-se observar um objeto à distância através de um tubo ou folha de papel enrolada, que o indivíduo espontaneamente colocará diante do olho dominante.

O interesse da pesquisa clínica pela predominância de um lado ou outro é que a mesma implica na predominância do hemisfério oposto. Estes autores relatam que em mais de 90% da população humana sua linguagem se encontra no hemisfério esquerdo e o esquema corporal no hemisfério direito, porém essa concordância não é absoluta porque alguns indivíduos são ambidestros (BARBIZET, DUIZABO, 1985).

Em um estudo sobre o hemisfério cerebral direito, Joseph (1988) considera que ele seja “dominante” na percepção e identificação do ambiente e de sons não verbais, na análise do espaço visual e geométrico (ex: percepção de profundidade); o autor destaca ainda as funções: somestesia, estereognosia, manutenção da imagem corporal, produção de sonhos durante o sono REM; percepção da maioria dos estímulos musicais, e compreensão e expressão de prosódia (aspectos emocionais da fala), melodias, emoção visual, facial e verbal.

Quando ocorre uma lesão ao hemisfério direito várias anormalidades cognitivas podem ocorrer : hemi-inatensão e negligência, prosopagnosia, apraxia construcional, distúrbio visuo-perceptuais e agnosias. Também podem ocorrer anormalidades afetivas como: indiferença, depressão , desinibição social, euforia, impulsividade e comportamento sexual anormal. Abordaremos estes distúrbios posteriormente com maiores detalhes.

Bradshaw (1989) sugere diferenças entre os hemisférios, assim como as

assimetrias corporais, comparando que apesar de parecermos lateralmente simétricos no corpo, a partir da linha média, não o somos, essa aparência é somente superficial, abaixo da pele, nossos órgãos ímpares (coração, fígado, baço, etc...) são dispostos assimetricamente, e nem nossos órgãos pares são completamente simétricos (mamas). Com relação aos aspectos emocionais, o autor sugere que danos ou lesões ao hemisfério esquerdo resultam em uma reação negativa catastrófica de choro, depressão, reclusão, enquanto que lesão hemisfério direito causa indiferença, anosognosia, negligência e algumas respostas minimizadas.

Freund (2003) estudou os distúrbios somatossensoriais e motores em pacientes com lesão do lobo parietal e relata que a função deste é crítica para o controle da força e postura e para formação da imagem corporal e a relação com o espaço externo (guia para os movimentos, junto com os olhos direcionado à objetos externos). Estudos de imagem demonstram o papel proeminente do córtex parietal como interface sensorio motora, promovendo informações complementares sobre a relação entre percepção e ação.

Charbonneau et al (2003) estudaram a percepção e produção de emoções faciais e prosódias (aspectos emocionais presentes na fala humana) em pacientes crônicos de AVC, e constataram que as lesões cerebrais no hemisfério direito foram piores para demonstrar emoções. Este estudo avaliou o envolvimento hemisférico cerebral no processamento de informação emocional, com pacientes na fase crônica, definindo-a como o período em que a recuperação espontânea atinge um platô, podendo variar de semanas à meses. Estes dados sugeriram que o hemisfério direito é preferencialmente envolvido no processamento emocional na fase crônica da lesão cerebral.

DISTÚRBIOS DECORRENTES DA LESÃO CEREBRAL

Os lobos cerebrais desempenham funções especializadas: o lobo frontal está relacionado ao planejamento das ações futuras e com o controle do movimento; o lobo occipital à visão; lobo temporal à audição, além dos aspectos do aprendizado, memória e emoção; e o lobo parietal à sensação tátil e à imagem corporal (KANDEL, 2000).

Segundo Critchley (1953) as doenças do lobo parietal podem ser seguidas por

uma variedade de fenômenos que envolvem em maior ou menor grau a consciência corporal dos pacientes, evidências sugerem que o hemisfério não-dominante pode ser mais importante nessa conexão. A extensão da lesão pode variar de um paciente para outro, dependendo de 3 fatores: o tempo de instalação da lesão (abrupta ou insidiosa), o déficit sensorial, e a presença ou não de déficit motor. O autor sugere várias modificações na imagem corporal, que ocorrem na doença parietal: negligência unilateral, desconhecimento da hemiparesia (anosognosia), negação da hemiplegia, confabulação, perda da consciência de uma metade do corpo.

Definiremos a seguir alguns dos distúrbios que podem ocorrer em lesões do lobo parietal, em indivíduos hemiplégicos:

- **Anosognosia:** negação da doença, ou seja é uma atitude particular do paciente que se recusa a admitir a existência de um distúrbio, ou ainda falta de reconhecimento da doença (BARBIZET e DUIZABO, 1985; DORETTO, 1989; ROLAK, 2001)
- **Hemiassomatognosia:** falta de reconhecimento de que o hemicorpo paralisado seja seu, ou pertencente à seu corpo , paciente atribui os membros paralisados à outra pessoa (BARBIZETeDUIZABO, 1985; DORETTO, 1989).
- **Negligência ou Inatenção:** negligencia ao hemicorpo paralisado (negligência sensorial), ou aos sons (auditiva), aos estímulos (tátil), visual, ou ainda espacial (ao espaço próximo ao hemicorpo paralisado) (BICKERSTAFF, 1991).
- **Apraxia:** incapacidade total ou parcial na execução de gestos, ou um ato motor aprendido e propositado, com habilidade na ausência de um distúrbio primário da atenção, compreensão, motivação, força , coordenação ou da sensibilidade, que pudesse evitar a execução do ato. Enfim é um distúrbio da atividade motora gestual que surge em pacientes cujos sistemas de execução da ação estão intactos, e que possui conhecimento do ato a ser cumprido. Pode
- ser: apraxia ideomotora (prova do sinal da cruz, saudação simbólica), ideatória (utilização de objetos: cigarro ou embrulho), construtiva (desenho), vestir-se, bucolingúofacial (projeção da língua, estalar a língua e mímica de riso e tristeza) (DORETTO, 1989;ROLAK, 2001).
- **Agnosia:** incapacidade de reconhecer algum objeto ou som, embora estejam conservadas as várias formas de sensibilidade necessários para este reconhecimento. Relacionam-se aos processos perceptivos, os quais nos permitem reconhecer tudo que se encontra no

meio ambiente. Pode ser tátil (estereognosia) incapacidade de reconhecimento tátil , agnosia auditiva, agnosia visual (desorientação espacial, ou de campo visual, sem comprometimento da consciência), prosopagnosia (perda de capacidade de reconhecer fisionomias) (DORETTO, 1989; BICKERSTAFF, 1991).

- **Afasia:** distúrbios da linguagem, perda da fala, alterações da compreensão e/ou da linguagem falada e escrita (DORETTO, 1989; KANDEL, 2000).

FATORES RELACIONADOS À REABILITAÇÃO DO HEMIPLÉGICO

Dombovy et al (1986) nos trazem o conceito de reabilitação que é definida como: “o uso combinado e coordenado de medidas médicas, sociais, educacionais e vocacionais para reabilitar o indivíduo para o mais alto nível possível de habilidade e independência funcional”, e relata alguns bem estabelecidos e aceitos princípios de reabilitação para o hemiplégico, são eles:

- a-) prevenir ou minimizar complicações secundárias
- b-) compensar a perda sensorial e perceptual
- c-) substituir a perda de função motora
- d-) promover estimulação ambiental
- e-) encorajar a socialização
- f-) ajudar na promoção de um alto grau de motivação
- g-) otimizar e possibilitar função independente nas atividades de vida diária
- h-) auxiliar na reabilitação vocacional e reinserção na atividade profissional

Além destes princípios e conceitos relacionados à reabilitação, alguns outros fatores devem ser levados em consideração como: a presença de inatenção, problemas de memória e inabilidade para aprendizagem de novas tarefas ou seguir comandos simples.

Segundo os autores isso implica que talvez o paciente não esteja pronto ou ainda em um momento inapropriado para reabilitação intensiva, dificuldade em reconhecer a paralisia e severa negligência à um lado do corpo (anosognosia e negligência) são fatores que

predispõem à um prognóstico desfavorável em relação ao processo de reabilitação. A presença de um cônjuge afetivo e disponível pode ser um dos fatores mais positivos em relação aos resultados do processo de reabilitação, assim como nível educacional do paciente e dos membros da família que podem igualmente favorecer o processo. Já fatores econômicos e sociais exercem um papel importante e difícil de ser definido, e observam ainda que o mais importante neste processo de recuperação é que o paciente seja visto como um todo, aspectos médicos, neurológicos, psicológicos e sociais (DOMBOVY et al, 1986).

Otaola (2000) relata que para melhor planejar os objetivos da reabilitação após o AVC, é necessário saber o prognóstico funcional do paciente. O autor não encontrou somente uma variável clínica, mas um grupo de déficits que tem influência no prognóstico funcional do hemiplégico e considera as variáveis mais relevantes: o nível de paresia, o grau de déficit sensitivo e o déficit no controle de tronco. A maioria dos déficits neurológicos considerados neste estudo (déficit força, sensitivo, equilíbrio de tronco e afasia) mostrou um padrão similar de recuperação, com a maior recuperação e melhora no terceiro mês após AVC e atingindo uma estabilização em torno do sexto mês.

Teixeira-Salmela et al (2000) em seu trabalho sobre o fortalecimento muscular e condicionamento físico em indivíduos que sofreram uma hemiplegia, constataram que essa população deve praticar programas de treinamento de força muscular e condicionamento aeróbico, pois proporcionam ganho considerável na performance funcional, qualidade de vida, força e condicionamento, sem, contudo exacerbar os padrões espásticos.

Em outro estudo Teixeira-Salmella et al (2003) constataram e reforçaram novamente os achados anteriores, e ainda acrescentaram que quando a perna afetada se torna mais forte através de exercícios específicos, o padrão recíproco de subir escadas passa a ser utilizado, e a habilidade para subir e descer escadas é uma condição importante para a independência funcional nas atividades de vida diária, como passar da calçada para a rua, utilizar transporte público, além de ampliar o convívio social, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Os autores reforçam a hipótese de que: “exercícios aeróbicos com modalidades específicas como a caminhada, e o fortalecimento de grupos musculares envolvidos nas tarefas funcionais, aumentam a habilidade de realizar uma determinada atividade e auxiliam na incorporação dos ganhos obtidos nas tarefas da rotina diária”.

Oliveira et al (2001) estudaram a plasticidade neural após lesões cerebrais e

encontraram alguns fatores importantes, que os profissionais envolvidos no processo de reabilitação de indivíduos com lesão cerebral devem estar cientes. Ressaltam que fatores ambientais interferem na plasticidade do sistema nervoso central. São eles:

- Tempo em que ocorreu a lesão: lesões que se instalam lentamente deixam menos seqüelas que lesões súbitas, pois as lesões agudas não fornecem às células que estão ao redor da lesão um tempo hábil para se reestruturarem.
- Extensão da lesão: quanto menor, mais fácil será o crescimento axonal e melhor será o prognóstico terapêutico.
- Local da lesão: existem diferenças macroscópicas e microscópicas conforme o local exato da lesão.
- Estado emocional : motivação ou depressão, interferem no processo terapêutico
- Ambiente terapêutico: o paciente deve receber estímulos sensoriais proprioceptivos e exteroceptivos adequadamente, seja qual for o ambiente em que se sucederá o processo de reabilitação (hospital, clínica, casa, instituição).

Oberg (2002) estudou hemiplégicos crônicos, e fez uso de eletroestimulação funcional no membro superior destes indivíduos em algumas sessões sistematicamente organizadas e evidenciou que este tipo de intervenção ou terapia pode promover recuperação motora nestes indivíduos. O achado mais significativo foi a constatação de que esta técnica produz mudanças na atividade das estruturas encefálicas que participam do controle motor, durante a aplicação e após o tratamento.

Cauraugh e Kim (2003) relatam que há desencontro de informações sobre o modo mais efetivo de reabilitar o sistema motor após AVC, maximizando a melhora na função neurológica e reintegrando-a em seu papel. O trabalho dos autores visa determinar o efeito da duração da estimulação neuromuscular junto com treinamento de movimento bilateral no progresso frente à recuperação motora da hemiparesia crônica. Relatam detalhes em termos da duração do estímulo que deve ser aplicado, comprovando que a estimulação neuromuscular ativa, associada com treinamento bilateral de movimento, auxilia na recuperação da fase crônica de hemiparesia, melhorando as capacidades motoras.

Good (2003) escreve que o AVC é uma das condições mais comuns que requerem reabilitação, e ainda é uma das maiores fontes que geram deficiência e incapacidade,

inclue alguns tópicos respectivos à esse tipo de doença que são as múltiplas etiologias envolvidas, as localizações anatômicas e a imensa heterogeneidade de tipos e grau de comprometimento dos déficits neurológicos.

Ressalta que apesar de alguma melhora ser relatada na literatura após vários anos pós AVC, é um consenso que a maior recuperação ocorre dentro dos primeiros 3 meses até os 6 meses após o ictô, como já foi relatado por Otaola (2000) e Teixeira-Salmella (2000). Algumas variáveis independentes tem sido associadas com resultados importantes de reabilitação incluindo o retorno para casa, e a habilidade para realizar atividades da vida diária. Provavelmente o mais importante fator predizente de um bom prognóstico é a magnitude do déficit inicial. Outras variáveis importantes incluem : idade, dano cognitivo, dano perceptual, depressão, incontinência e habilidades funcionais pré-AVC.

Estudos recentes sugerem intervenções promissoras em reabilitação de hemiplégicos, algumas técnicas novas que vem sendo estudadas e utilizadas nos últimos anos: treinamento na esteira com suporte parcial de peso (HESSE et al, 1995); treinamento assistido por robôs (para melhorar função membro superior promovendo treinamento repetitivo com vários níveis de assistência para completar uma tarefa, se o indivíduo for incapaz de fazê-la (VOLPE et al, 2000); treinamento bilateral simultâneo para membros superiores (VAN DER LEE, et al, 1999) e terapia de restrição do membro superior não comprometido, como forma de estímulo ao uso do membro superior que teve sua força reduzida (RIBERTO, et al , 2005); técnicas para melhorar o equilíbrio dinâmico do hemiplégico (CHERN, YANG e WU, 2006), todas essas envolvendo o novo conceito de que o treinamento deve ser intenso, constante e repetitivo, englobando a idéia de que devem ser “práticas de tarefa específica”, ou seja tarefas de dificuldade progressiva que facilitem a motivação do paciente.

Hochstenbach e Mulder (1999) relatam que no período inicial da reabilitação pós AVC, a mobilidade independente é vista como uma das mais proeminentes metas na terapia, durante este período, os pacientes adquirem novas habilidades motoras como conduzir a cadeira de rodas ou readquirem antigas habilidades como equilíbrio, marcha ou manipulação de objetos.

A fisioterapia e terapia ocupacional exercem um papel crucial no processo de aprendizado motor enquanto os pacientes tem que ser reabilitados à um nível ótimo de independência funcional. Porém a reaprendizagem motora não se restringe somente em reaprender o controle motor ou controle do movimento, mas também em reaquirir conhecimentos

e habilidades de como se mover adequadamente no ambiente em que vivemos, que está em constante mudança. Se as formas de reaprendizagem motora são ingredientes importantes para reabilitação pós AVC então os fatores cognitivos exercem um papel proeminente neste processo de re aquisição, por isso a importância de termos conhecimento destas desordens cognitivas vistas anteriormente (HOCHSTENBACH, MULDER, 1999).

2 METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa bibliográfica e Mattos e Rossetto (2004) colocam que o desenvolvimento desta forma de trabalho se concentra na revisão de literatura, em que o pesquisador sintetiza e analisa criticamente, de maneira clara, as idéias dos autores que falam a respeito do tema.

As bibliotecas setoriais da Unicamp, local onde foram realizadas nossas pesquisas, assim como a biblioteca central, disponibilizam todos os recursos necessários para o tipo de pesquisa realizada.

Utilizamos em nosso trabalho todo o acervo das bibliotecas da Unicamp, assim como os da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Estadual Paulista (UNESP), através do sistema Cruesp, que engloba as três universidades do estado de São Paulo, e também as bases de dados digitais, acessadas através da internet, algumas encontradas somente através de convênios e assinatura pela universidade , e outras abertas ao público em geral.

Nosso período de busca se concentrou entre os anos de 1990 à 2005, visto que o tema imagem corporal; foi mais amplamente difundido e discutido em meios acadêmicos nestes últimos 15 anos. As referências bibliográficas anteriores a esse período são restritas a autores relevantes na área de imagem corporal, e autores clássicos em neurologia.

Foram pesquisadas as seguintes bases de dados:

8 Web Spirs

2 Web of Science

2 Bireme

Cruesp (Unicamp, Unesp e Usp)

Na base Web Spirs encontramos as seguintes bases de dados: Medline, Sport discus, Psycinfo, Biological Abstracts, Cab Abstracts, Sociological Abstracts, Food and Human Nutrition, Pro quest Medical Library; as bases da Bireme são: Lilacs, Scielo e BVS-Psi, e Web of Science. Algumas destas como Medline e Lilacs, podem ser acessadas de qualquer computador, já a Web of Science e as demais que são indexadas à Web Spirs (Sport discus, Psyc info, entre outras...) estão restritas à instituições conveniadas. A escolha das respectivas bases foi feita após uma seleção entre as que dizem respeito a área de Ciências Biológicas e Ciências da Saúde. Além

dessas bases, foram pesquisados a base Acervus, que acessa todo o conteúdo bibliográfico de todas as faculdades da Unicamp, incluindo livros e teses, e a Cruesp, que engloba USP e UNESP.

Nas bases foram selecionados os idiomas: Inglês, Português e Espanhol.

A pesquisa nas bases de dados foi feita por assunto. Inicialmente utilizamos a palavra-chave “body image” para as bases em inglês e “imagem corporal”, para as bases em Português. Após este primeiro processo, filtramos nossa busca com o cruzamento de palavras-chave, para isso foram utilizadas as seguintes: “body image and hemiplegia” , ”body image and stroke” , “body image and distortion”, “anosognosia”, “body image and anosognosia”, “body image and brain disfunction”, “body image and body experience”, “body image and perceptual distortion”, “body image and physical handicap”.

Posteriormente nos concentramos somente nas palavras-chaves que nos trouxeram trabalhos pertinentes ao tema : “ body image” and “ hemiplegia” e “anosognosia”, em todas as bases de dados, obtendo assim material específico ao nosso assunto de interesse . Para elegermos as palavras-chave mais adequadas foram utilizadas ainda outras palavras como: “body awareness”, “aphasia”, “perception and hemiplegia”, “ body image boundaries” e “neglect and stroke”, em várias bases de dados, e dessa forma, selecionamos as mais adequadas para o nosso trabalho.

Após esse processo de levantamento bibliográfico passamos para a “Leitura Informativa”, que Cervo e Bervian (1975) trazem como aquela que é feita para recolher informações, e que se divide em 4 fases:

- a) Leitura de Reconhecimento: dá ao pesquisador a visão global do assunto, uma visão indeterminada mas indispensável para progressão no conhecimento.
- b) Leitura Seletiva: onde deve ocorrer a escolha dos melhores textos condizentes com o propósito do trabalho, dados que forneçam elementos de resposta ao que se pergunta.
- c) Leitura Crítica ou Reflexiva: o pesquisador estuda o texto com reflexão deliberada e consciente; é uma fase de percepção dos significados, através de operações de análise, comparação, diferenciação, síntese e julgamento. Envolve a capacidade de escolher as idéias principais e de diferenciá-las entre si e das secundárias.
- d) Leitura Interpretativa: é o momento de relacionar o que o autor afirma com os

problemas para os quais está procurando solução.

Este trabalho é então associado ao fichamento, à documentação do que foi lido, abrangendo as informações relevantes ao estudo em questão.

O material fichado é então organizado dentro de seções ou sub-seções, dentro do assunto a ser estudado, conforme temas e ocorre o cruzamento das idéias de diversos autores sobre cada tema. Neste momento de análise e interpretação dos dados, surge, segundo Lakatos e Marconi (1991), o momento da crítica do material bibliográfico, sendo denominado por eles crítica externa e interna. Crítica externa é feita sobre o significado, a importância e o valor histórico de cada documento, do seu texto, e sua autenticidade. Já a crítica interna é chamada de crítica de interpretação sobre o valor interno do conteúdo, forma um juízo sobre o trabalho do autor e o valor das idéias nele contidas. Apreciamos então o sentido e o valor do conteúdo, buscando referenciais que sejam realmente pertinentes ao nosso trabalho.

Durante todo o trabalho científico há um movimento que passa por várias fases, segundo Turato (2003), onde ocorre alternância entre trabalho mental em um primeiro momento, com uso existencial de inquietações, perguntas e pressupostos. Em um segundo momento o trabalho de mesa, com uso de material coletado; trabalho dos dados, escrita, para novamente voltar ao trabalho mental, com uso da imaginação e pensamento para discussão e interpretação dos resultados. Traremos a seguir os resultados encontrados nesta busca bibliográfica por imagem corporal e hemiplegia e a discussão desse processo complexo que é a imagem corporal e suas relações com o processo que ocorre no corpo em casos de hemiplegia.

3 RESULTADOS

As pesquisas nas bases de dados utilizando as palavras-chave “body image” e “imagem corporal”, nos trouxeram um grande número de referências, colocadas na tabela abaixo, com as delimitações de ano de publicação e idiomas citadas anteriormente. Foram obtidas um total de 13.071 referências contendo o assunto “ imagem corporal”. As pesquisas nas bases de dados foram feitas no período de 2004 à 2005, abrangendo os trabalhos publicados entre 1990 a 2005.

Tabela 1

Número de referências em imagem corporal em cada uma das bases de dados

<i>Bases de Dados</i>	<i>Número de referências</i>
Web Spirs	12.193
Web of Science	342
BIREME	269
CRUESP	267
TOTAL	13.071

Em um segundo momento da pesquisa, fizemos a busca cruzando várias palavras-chave, como foi descrito anteriormente, e os resultados se encontram na tabela abaixo.

Tabela 2
Resultados das buscas nas bases de dados através das combinações de palavras-chave

<i>Base de dados</i>	<i>Body Image</i>	<i>B.I. Hemiplegia</i>	<i>B.I. Stroke</i>	<i>B.I. Distortions</i>	<i>Anosognosia</i>	<i>B.I. Anosog.</i>	<i>B.I. Brain Disfunc.</i>	<i>B.I. Body Exper.</i>	<i>B.I. Percep. Distort.</i>	<i>B.I. Phys. Handic.</i>
Medline	3.939	46	21	70	279	10	99	301	142	11
Psyc Info	4.234	5	15	65	195	5	0	85	12	2
Sport Discus	1.423	0	0	0	0	0	0	17	3	8
Human Nutrition	1.217	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Biological Abstracts	485	1	0	4	52	1	0	10	0	0
Cab Abstracts	623	0	0	0	0	0	0	3	1	2
Sociologic abstracts	746	0	0	11	2	0	0	8	1	6
Lilacs	233	0	0	1	10	1	18	138	10	0
Scielo	36	0	0	0	2	0	0	12	0	1
Pro quest med lib	552	0	2	22	19	0	0	5	5	0
Web of science	342	7	0	0	3	3	0	24	1	0
Food and human nut.	191	***	***	***	***	***	***	***	***	***
TOTAL	12.804	59	38	173	562	20	117	603	175	30

Anos de publicação: 1990 a 2005 – Idiomas: espanhol, inglês e português.

*** indica que não foi feita a pesquisa, pelo número limitado de referências totais.

Pesquisas realizadas no período de 2004 a 2005.

Fizemos a leitura de muitos resumos e artigos pertinentes ao assunto, encontrados nestas bases de dados para termos a noção de quais eram os temas que estavam sendo abordados nestes estudos. Selecionamos os artigos que eram de nosso interesse, porém ainda focalizamos mais intensamente duas combinações de palavras-chave: “body image” and “hemiplegia” e “anosognosia”, as quais nos detivemos com maior ênfase, por termos encontrado uma seleção mais adequada de artigos sobre imagem corporal e hemiplegia. Na tabela a seguir listamos as bases de dados que trouxeram referências nas pesquisas sobre imagem corporal e hemiplegia e colocamos o número de referências encontradas em cada uma delas.

Tabela 3

Número de referências encontradas através das combinações de palavras-chave: “body image” and “hemiplegia” e “anosognosia”

<i>Bases de Dados</i>	<i>Imagem Corporal e Hemiplegia</i>	<i>Anosognosia</i>
Medline	46	279
PsycInfo	5	195
Sport Discus	0	0
Human Nutrition	***	***
Biological Abstracts	1	52
Cab Abstracts	0	0
Sociologic abstracts	0	2
Lilacs	0	10
Scielo	0	2
Pro quest med lib	0	19
Web of science	0	3
Food and human nutrition	***	***
TOTAL	59	562

ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE EMERGIRAM DAS PESQUISAS:

O tema imagem corporal é amplo, multidisciplinar e complexo, trazendo portanto nas pesquisas em bases de dados diversas abordagens sobre o assunto, porém na relação com a hemiplegia, especificamente, verificamos que não foram muitos os estudos (vide tabela 3). Através da análise e organização dos materiais estudados, os temas que emergiram foram subdivididos para fins didáticos em : **“imagem corporal e deficiência física”** , **“aspectos neurológicos da imagem corporal”** e **“aspectos psicossociais da imagem corporal”**. Dentro do contexto neurológico o assunto que mais teve ênfase foi a **anosognosia**, sobre a qual nos detivemos. Descreveremos a seguir então sobre estes conteúdos encontrados na pesquisa bibliográfica.

3.1 IMAGEM CORPORAL E DEFICIÊNCIA FÍSICA

A imagem corporal de um indivíduo sofre alterações com toda e qualquer mudança ou lesão física ao seu corpo, seja de caráter temporário ou permanente, dependendo de alguns fatores que veremos a seguir, e interrelacionado com algumas características como o tipo da lesão ou doença e o tempo que as mudanças demoraram para serem instaladas.

O conceito de imagem corporal compreende também a integração entre como a pessoa se vê e como ela pensa que é vista. É um conceito multidimensional, complexo, que abrange vários aspectos sociopsicológicos interrelacionados. Uma lesão traumática resulta na brusca interrupção da mobilidade, do controle do próprio corpo e até mesmo a perda de parte dele e pode levar à uma alteração na integridade corporal e aparência. Distúrbios na imagem corporal podem afetar negativamente sua própria identidade assim como o sofrimento não ocorre somente pela perda física da integridade corporal e funcional, mas também pela perda de identidade. Os distúrbios da imagem corporal podem interferir funcionalmente na performance em atividades do dia-a-dia, e em papéis profissionais e sociais (DRENCH, 1994; YUEN e HANSON, 2002).

Imagem corporal está relacionada ao auto-conceito que envolve atitudes e experiências relativas ao corpo, incluindo noções sobre força física, resistência, capacidade, feminilidade e masculinidade (DRENCH, 1994).

Rybarczik e Behel (2002) em estudos com deficiências adquiridas como: traumatismo crânio encefálico, trauma raqui-medular, acidente vascular cerebral, amputação e déficits neurológicos que resultam em dor crônica, relataram que a imagem corporal exerce papel central no processo de ajustamento à deficiência. O autor descreve alguns fatores relacionados à deficiência:

- O impacto na aparência física: que vai desde pequenas cicatrizes cirúrgicas à profundas mudanças como perda membros. Alguns fatores de desenvolvimento, psicológicos e socioculturais exercem um papel crucial na formação da resposta do indivíduo, aumentando ou diminuindo este impacto da deficiência.
- A representação interna de cada indivíduo a respeito de sua aparência designa diferentes valores cognitivo-afetivos às diferentes partes do corpo. Portanto a área do corpo afetada pela deficiência tem implicações importantes para o processo de integração da deficiência em sua auto imagem.

- O aspecto cinético da imagem corporal é central para o processo de reabilitação: temos a aparência do corpo estática e o senso de nosso próprio corpo em movimento, desenvolvendo atividades de rotina ou extraordinárias. Uma das metas da reabilitação é restaurar o nível prévio de função do indivíduo, conduzindo orientações, equipamentos adaptativos, posturas alternativas e um ritmo mais lento. Essas abordagens para retorno da mobilidade funcional resultam em mudanças grosseiras na cinética do indivíduo. É preciso conciliar a cinética “anterior” à lesão e os novos meios de funcionamento.
- Os equipamentos adaptativos: medo do estigma social relacionado à deficiência em nossa cultura, pois cadeira de rodas, órteses e muletas são carregados de simbolismo.
- A causa de deficiência tem impacto substancial na resposta do indivíduo. Deficiências idênticas podem ser experienciadas e interpretadas de maneira drasticamente diferentes, dependendo da causa. Em casos de acidentes, erros médicos e negligência pessoal, são consideradas “ao acaso”, desnecessárias e injustas, as pessoas podem sentir culpa de si mesma e de outrem. Já em casos de necessidade médica e intervenção para salvar uma vida, a causa é vista como o preço para salvar a vida e leva à resultados de reabilitação mais positivos. Podem aparecer sentimentos de gratidão e alívio porque percebem que é a resposta social esperada.

Segundo Rybarczik e Behel (2002), há também os fatores psicológicos; onde ocorre um processo fluido, evolutivo, no qual a imagem corporal pré-deficiência é constantemente submetida à revisão, durante o qual o senso de integridade é preservado através de um equilíbrio apropriado de assimilação e acomodação. A imagem corporal é transformada para refletir as mudanças que estão por vir. Este equilíbrio raramente é adquirido sem algum grau de stress e estilos de resposta diferentes estão associados com diferentes trajetórias de recuperação. Os ajustamentos positivos ocorrem quando indivíduos se baseiam em qualidades não físicas e com senso de seu valor intrínseco, de sua individualidade.

O autor acima também relata ainda os fatores de desenvolvimento, e afirma que a etapa do desenvolvimento em que é adquirida a deficiência é um fator central em seu efeito na imagem corporal. Crianças mais novas e adultos acima de 65 anos se ajustam muito bem, vêm como comum para idade, de uma forma não desejável, mas relativamente aceitável. O nível de maturidade psicológica destes adultos permite a eles ver as mudanças na aparência com boa perspectiva e menor envolvimento do ego.

Os fatores sócio culturais da imagem corporal na deficiência física envolvem o processo de reabilitação, onde em um ambiente relativamente “seguro”, como um centro de reabilitação, ao estarem participando junto com outros indivíduos com deficiência e profissionais habilitados, isso de certa forma os “protege” da realidade não agradável que mais tarde poderão enfrentar.

Em um estudo qualitativo, Taleporos e Mc Cabe (2002), investigaram as preocupações referentes à imagem corporal em deficientes físicos, sob uma perspectiva psicossocial, que é informada pelo modelo social de deficiência. Isso inclui conceitos como estigma, integrando o problema de ideais sociais de exclusão e normas sociais. O modelo social de deficiência desafia a visão tradicional de deficiência como uma tragédia, e traz ainda uma visão de deficiência como opressão social, argumentando que a deficiência é socialmente construída e não biologicamente determinada. O modelo social de deficiência infere que indivíduos com danos físicos idênticos são provavelmente variáveis em seus sentimentos e atitudes perante seu próprio corpo devido à fatores sociais como educação, suporte social e atitudes sociais reais e percebidas.

Goffman (1988) foi um dos pioneiros autores a considerar em suas pesquisas a importância dos aspectos psicossociais na deficiência física. Construiu sua discussão teórica ao redor do conceito de estigma, definido como um atributo que é um descrédito à pessoa que o possui. Ele distinguiu três tipos diferentes de estigma:

- abominações do corpo: desfiguramentos e incapacidades
- marcas de caráter individual: desordens mentais
- estigma tribal: racial, cultural e religioso.

Na teoria do estigma, quando um deficiente físico conhece algum estranho, este imediatamente toma consciência do “atributo de descrédito” desta pessoa, fazendo proposições sobre a pessoa baseada somente neste atributo. A deficiência se torna então tão evidente que ofusca todas as outras características pessoais e habilidades.

Esses conceitos são especialmente relevantes para a experiência de pessoas com incapacidades e sua imagem corporal, assim como também existem diferenças substanciais entre este grupo em relação a essas dimensões. Segundo Taleporos e Mc Cabe (2002), a experiência de um indivíduo com uma deficiência física mais visível e inoportuna traz maior

probabilidade de que tenha um grande impacto adverso na imagem corporal do que na experiência de um indivíduo cuja diferença é branda, pois este é menos provável que cause constrangimento e mais provável que seja visto como “normal”.

É provável que normas sociais e valores com relação ao corpo ideal tenham grande influência na imagem corporal de indivíduos com deficiência. Em uma sociedade que idealiza o corpo, o uso de normas sociais como um ponto de ancoragem para formação de autoconceito provavelmente terá um impacto negativo em deficientes (TALEPOROS e McCABE, 2002).

Este mesmo estudo conclui que para cada indivíduo, viver com a deficiência tem impactado claramente sobre suas experiências psicológicas, sentimentos e atitudes perante seus próprios corpos. Surgem assim sentimentos de inadequação física e não atratividade, porém o feedback positivo de parceiros e familiares pode ajudar a pessoa a adquirir uma imagem corporal positiva, até mesmo quando não reproduzem a imagem de beleza que é apoiada em nossa sociedade. O estudo sugere ainda que a imagem corporal negativa é esperada no período inicial após a deficiência, no entanto após algum tempo é esperado um ajustamento e aceitação de seu corpo. Este trabalho mostra que parece ser mais provável acontecer a aceitação do corpo deficiente se o indivíduo se volta para algum aspecto pessoal como esporte, família, carreira e educação.

A interação social entre pessoas não deficientes e deficientes, e o feedback resultante dessa relação tem um impacto poderoso na imagem corporal de uma pessoa. Este impacto na imagem corporal é mediado por outros fatores: o tempo desde o início da deficiência, o grau de suporte social e quanto de feedback positivo ocorre, pois isto pode amortecer o feedback negativo (TALEPOROS e McCABE, 2002).

O estudo de Plemister e Crewe (2004) fala da relação entre a teoria da autoconsciência objetiva e o estigma das pessoas com deficiências físicas visíveis. A teoria da autoconsciência objetiva foi desenvolvida para melhor entendimento das razões pelas quais as pessoas adaptam suas crenças e comportamentos à sociedade. Teoricamente, em qualquer situação, onde as pessoas sentem que a atenção está focada nelas, elas podem avaliar negativamente suas características pessoais iminentes. Pessoas com deficiências visíveis freqüentemente experenciam estigma durante interação social, devido às diferenças salientes que

distinguem-nas da maioria , e como resultado correm um grande risco de experienciarem estigma continuamente.

A teoria da auto consciência objetiva, em sua forma original, tenta explicar porque indivíduos adaptam seus comportamentos, aparência e crenças aos outros (Durval e Wicklund, 1972 apud Phemister e Crewe, 2004). A teoria é baseada entre duas formas de atenção consciente inatas com propriedades direcionais: pode ser focada ao exterior (ambiente) ou ao interior (si mesmo). A atenção não pode ser focada simultaneamente nas 2 direções. Quando é focado nas características do ambiente é o estado de auto consciência subjetivo, onde a pessoa é o sujeito que está observando e percebendo os vários aspectos do ambiente, mas a pessoa é auto-consciente pois recebe e percebe feedbacks do ambiente em relação a seu comportamento e atitude. A auto consciência subjetiva surge diretamente da experiência de si mesmo como fonte de percepção e ação.

Já a atenção no interior; que é auto consciência objetiva, a pessoa está consciente de suas características pessoais, que mais os distinguem da maioria. A atenção da pessoa é focada exclusivamente no self, a pessoa é o “objeto” de sua atenção, e está vendo a si mesma, como pensa que os outros a vêem. É esta atenção com foco em si mesmo que induz à um estado agudo de auto consciência objetiva. Podem aparecer comparações entre o self e padrões percebidos para o que é correto em termos de comportamentos específicos e atitudes. E se discrepâncias são detectadas entre a pessoa e um ou mais padrões, então afetos negativos vêm à superfície e para reduzir o afeto negativo a pessoa poderá se adaptar o melhor que puder para evitar esta situação. Outra consequência disto é que a pessoa pode evitar situações similares nas quais se sintam neste estado de auto consciência objetiva (PHEMISTER e CREWE, 2004).

De acordo com a teoria, as pessoas com auto consciência objetivas são mais prováveis de atribuir a origem de um evento a si mesmas, e isso irá ocorrer porque a pessoa está experienciando a si mesma como diferente e exibindo características salientes que as distinguem da maioria. Isso implica que quando a pessoa com deficiência visível, por exemplo usando cadeira de rodas ou com uma deformidade facial, entra em uma situação onde é a única com essas características, então provavelmente será um momento de “auto consciência objetiva” e focará atenção nesta característica. Elas irão perceber a si mesmas como elas pensam que os outros a percebem (PHEMISTER e CREWE, 2004).

Um estudo de Pruzinsky (2004) nos apresenta uma visão para estabelecer a avaliação de imagem corporal como padrão de tratamento para pacientes em algum tipo de tratamento médico. Mas segundo o autor, para tornar essa visão uma realidade é preciso um entendimento profundo da construção da imagem corporal e a aplicação de várias novas formas de avaliação da imagem corporal. É preciso refinar o entendimento das desordens de imagem corporal e disfunções no contexto de condições médicas, além de um plano claro para implementar e avaliar prevenção, reabilitação e programas de tratamento. Para que aplicando a teoria de imagem corporal, as avaliações e intervenções ocorridas nesta última década, possam melhorar a qualidade de vida de muitos indivíduos em tratamento médico.

Doenças e tratamentos resultam em mudanças de imagem corporal. Qualquer doença significativa ou tratamento médico poderá mudar os padrões de atenção dados à experiência corporal e pode afetar o grau com que nos sentimos seguros e confortáveis em nosso próprio corpo. Fatores como dor, perda de função física, mobilidade ou funcionamento sensorial podem todos mudar nossa experiência psicológica com nosso corpo. Adicionalmente existem muitas mudanças possíveis na aparência física que podem ocorrer com tratamentos e doenças. Algumas destas mudanças atencionais, funcionais e estéticas podem ser temporárias e outras permanentes, no entanto todas elas requerem alguma forma de adaptação e integração da imagem corporal, que ainda não é bem compreendida, mas suficientemente poderosa e invasiva pra minar a qualidade de vida de muitas pessoas (PRUZINSKY, 2004).

É preciso um mapeamento mais efetivo das alterações de imagem corporal. Temos que saber identificar quais indivíduos estão ou não sofrendo com disfunções de imagem corporal associados com suas condições médicas, pois não são necessariamente todos os pacientes que terão respostas negativas à imagem corporal, à respeito de sua doença ou desfiguração. Na maioria dos tratamentos médicos, não é feita ainda avaliação de imagem corporal, pelo médico ou equipe multidisciplinar, a não ser quando é muito explícito o problema como em casos de desfiguração ou incapacidade muito grave (PRUZINSKY, 2004).

Ainda há um grande déficit se pensarmos em avaliação de imagem corporal em tratamentos médicos de pessoas com deficiência no Brasil, o que reflete a falta de instrumentos validados no país, a falta de orientação e conhecimento dos profissionais de saúde a esse respeito sugerindo um vasto campo de pesquisa em imagem corporal de pessoas com deficiência física. Faltam métodos para que possamos mapear estes pacientes, e capacitação profissional, para que

estes profissionais não se sintam mais desconfortáveis ao lidar com o sofrimento de imagem corporal destas pessoas.

Outra vantagem de integrar avaliação de imagem corporal na rotina de um tratamento é que esse acompanhamento promove uma perspectiva única de resultados em saúde. É essencial que esses resultados encontrados sejam documentados como nos casos de cirurgia plástica reconstrutiva para que seja possível promover mudanças na política de saúde, para que os convênios cubram intervenções que poderiam ser consideradas somente “estéticas”, e que na verdade influenciariam diretamente a dinâmica da imagem corporal do sujeito, promovendo melhor adaptação à deficiência. A imagem corporal deve ser uma variável rotineiramente considerada, documentando-se os altos e baixos de seu funcionamento. Essas informações podem servir com muitos propósitos, incluindo identificar pacientes que precisem de reabilitação e promover aos pacientes informações como parte do processo de consentimento de um tratamento, pois para alguns pacientes saber sobre as possíveis conseqüências negativas na imagem corporal de um tratamento podem levar à decisões mais acertadas, como em casos de mastectomia radical, câncer facial e outros (PRUZINSKY, 2004).

O ajustamento às mudanças de imagem corporal associadas com condições médicas podem ser conceitualizados utilizando uma abordagem dimensional onde os indivíduos são descritos como fazendo parte de um continuum de preocupação com imagem corporal com três situações diferentes: a preocupação não discernível, o nível normal e o nível extremo de preocupação. No grupo dos não preocupados encontramos três tipos de pessoas: aquele que mesmo possuindo a doença ou estando em tratamento não tem preocupação com imagem corporal, aqueles que negam a si mesmos e para outrem que não tem preocupações referentes a isso e aqueles que fazem de sua condição médica uma oportunidade para melhorar a qualidade de vida. No nível normal, os indivíduos tem as preocupações com impacto moderado à qualidade de vida. Essas pessoas podem se beneficiar de intervenções de reabilitação para prevenir ou reduzir o stress de imagem corporal. No nível extremo estão aquelas pessoas que interrompem sua vida, com depressão, ansiedade e formas psicóticas de distúrbio da imagem corporal (PRUZINSKY, 2004).

Embora o conceito de “reabilitação” não tenha sido freqüentemente aplicado à imagem corporal, a palavra “tratamento” tem sido interpretada como implicando em algum tipo de patologia ou desordem. Então, segundo Pruzinsky (2004), o conceito de reabilitação está mais

apto a ser utilizado e é provável que seja mais aceito pelos pacientes. Alguns métodos tem sido utilizados na facilitação do processo de reabilitação de imagem corporal no contexto médico: intervenções com exercícios físicos, intervenções psicológicas e técnicas corporais como massagem e relaxamento.

A imagem corporal é moldada de diferentes maneiras através do exercício físico, o qual exerce uma influência positiva sobre ela. A imagem corporal positiva relacionada ao exercício inclui melhor avaliação de sua própria aparência física (mais atraente), maior satisfação com suas próprias partes do corpo e peso, atitudes mais favoráveis perante atividade física e saúde e melhor precisão em sua própria estimativa de dimensões corporais (YUEN e HANSON, 2002).

Este estudo de Yuen e Hanson (2002), questiona se existem diferenças na imagem corporal auto percebida entre adultos com e sem deficiência adquirida e se existe relação entre exercício físico e a imagem corporal destes indivíduos. Concluíram que deficientes investem mais tempo na sua aparência, fazem grandes esforços para parecerem bem e tem uma relativamente baixa avaliação sobre saúde física, pois devido à deficiência estar presente, já diminuem sua percepção de gozar de boa saúde. A significativa diferença encontrada entre os ativos e sedentários, com e sem deficiência física, indica que a participação no exercício parece exercer um papel importante na satisfação com sua própria aparência, avaliação de saúde e satisfação com áreas corporais.

As oportunidades de exercício e esporte adaptados em pessoas recentemente lesadas, especialmente aquelas que tinham uma rotina estabelecida de exercícios antes da lesão, é benéfico para promoção do ajustamento para a função e estrutura alterada do corpo. Assim, este estudo citado acima, conclui que a imagem corporal tem sido associada com ajustamento à deficiência, facilitando o desenvolvimento de imagem corporal mais positiva e através da incorporação de exercícios pode melhorar a integração na comunidade em pessoas com deficiência adquirida.

Hilder, et al (2002) relacionaram um programa de exercícios regulares à imagem corporal de pessoas com espondilite anquilosante; doença reumática inflamatória progressiva, que vai levando à fusão das vértebras da coluna vertebral, com sintomas como dor e

rigidez progressiva. O caráter incapacitante e progressivo da doença requer um ajustamento físico e psicológico pelo portador da mesma, além de tratamento contínuo. Foram encontradas correlações entre exercício físico e imagem corporal no processo de aceitação da doença, assim como no humor em geral e as medidas de imagem corporal encontradas foram inversamente proporcionais à presença de depressão.

3.1.1 IMAGEM CORPORAL NO CONTEXTO MÉDICO

Como dissemos anteriormente os diversos tipos de doenças e lesões adquiridas no decorrer da vida ocasionam várias alterações e mudanças na imagem corporal de cada indivíduo, e antes de chegarmos ao tema deste trabalho que é a hemiplegia, traremos alguns trabalhos relativos à outros tipos de deficiência física, no contexto médico como: doenças urológicas, câncer, doenças reumáticas, amputações, paraplegia entre outras.

Ben-Tovim e Walker (1995) descrevem adaptações de mulheres com condições físicas que de certa forma são incapacitantes e desfigurantes, como artrite reumatóide uma doença reumática que atinge articulações podendo evoluir para uma grande imobilidade e doenças de pele (eczema e psoríase), que não são incapacitantes, mas desfigurantes, por serem alterações visíveis, podendo atingir grandes extensões corporais e alteração importante de coloração da pele.

Foi aplicado neste estudo o “Body Attitudes Questionnaire” (Ben-Tovim e Walker, 1995), que pretende medir atitudes subjetivas relacionadas ao corpo. O questionário abrange seis áreas distintas, mas relacionadas, como: experiências subjetivas de sentir-se gordo, senso de atratividade para o sexo oposto, importância relativa do peso e forma na vida diária da pessoa, sentimento de estar apto para o stress físico, e quantificar a extensão com que o corpo é uma fonte intensa de vergonha e embaraço. Algumas dessas atitudes corporais avaliadas pelo instrumento podem ser influenciadas por uma doença física ou deformidade, e neste estudo foi reportado um estudo controlado de atitudes relacionadas ao corpo de mulheres com deformidades adquiridas, afetando a superfície do corpo ou o seu funcionamento.

Houve um certo grau de uniformidade nas respostas das mulheres, apesar da variedade de condições médicas, várias dessas pacientes tem corpos cujas superfícies são extensivamente afetadas por desordens adquiridas ou congênitas. Suas respostas nos lembram que a extensão do desfiguramento é uma reação maior nos observadores do que nelas próprias, é assumido que a resposta dos observadores a um corpo, não espelha muitas vezes aquelas do dono daquele corpo.

É provável que a relação entre atitudes com o corpo e a idade com que teve início a doença tenha uma relação importante. Estudos de ajustamento psicossocial às doenças tem frequentemente identificado o período da adolescência como uma época muito sensível para formação da identidade, e uma época em que o devido ajustamento é o mais difícil de acontecer (BEN-TOVIM E WALKER, 1995).

O trabalho de Ben-Tovim e Walker (1995) estende essas observações para atitudes relacionadas ao corpo, e sugere que a adolescência é um período particularmente vulnerável, durante o qual doenças que alteram a aparência corporal são particularmente sugestivas em resultar no surgimento de atitudes corporais severamente negativas. Em contraste, adultos com identidade e atitudes corporais formadas e indivíduos com problemas congênitos parecem ser menos vulneráveis ao surgimento desses sentimentos negativos. Os autores concluem que mulheres com desfiguramento ou condição incapacitante parecem ser menos preocupadas com pequenas mudanças no peso e na forma do corpo, do que mulheres sem essas condições, que normalmente se preocupam com o peso corporal e suas alterações em sua forma.

Tovian (2002) relatou alterações na imagem corporal referentes à problemas urológicos como incontinência urinária, disfunções sexuais, insuficiência renal entre outros. A incontinência urinária pode ser temporária ou crônica, suas causas podem ser certas condições anatômicas do sistema urinário, alterações fisiológicas ou condições patológicas e decorrentes de uma lesão ou trauma.

A incontinência urinária não é inevitável com a idade como comumente apresentada, e é comum em lesões neurológicas como trauma raqui medular ou acidente vascular cerebral, o qual pode levar à hemiplegia. Os sintomas são desconforto ou leve à grave perda de urina, onde a pessoa sente-se frequentemente molhada. Outro fator importante com relação à imagem corporal e doenças urológicas, é o uso de sonda vesical, que pode ser temporário, em

casos de cirurgia ou doença, ou definitivo, em casos de lesão neurológica como citado anteriormente. O uso da sonda traz limitação na mobilidade, restrição social e pode ocasionar dor e desconforto.

As alterações urológicas implicam em respostas sociais e emocionais na vida do portador deste tipo de deficiência. A adaptação bem sucedida à uma doença urológica engloba mudanças físicas, reestruturação da imagem corporal e auto percepção, já a adaptação mal sucedida é marcada por sintomas como dor psicogênica, depressão, ansiedade, raiva e isolamento social. Tavian (2002) encontrou como formas de resposta emocional relatos de constrangimento e embaraço público devido ao vazamento de urina, odor característico percebido por outros e roupas molhadas, além do sentimento de perda de controle, desamparo, insegurança, dúvida, vergonha, humilhação e imagem corporal e self danificados. Como resposta social, este mesmo autor relatou dificuldades em obter ou manter-se no emprego, preocupações com vazamento e odor, atrapalhando sua performance no trabalho, dependência de outros para higiene pessoal, compras, manutenção da casa, rejeição do parceiro e efeitos negativos nas relações familiares devido aos cuidados com o paciente e sobrecarga dos cuidadores.

Os indivíduos que sofreram amputação de um de seus membros passam por uma alteração brusca de sua imagem corporal, e segundo Benedetto (2002), faz-se necessária a reintegração desta imagem ao novo esquema corporal. O paciente amputado deve passar por um processo onde deve haver aceitação de sua perda física, condição necessária para que possa integrar as funções de uma prótese e conseguir o domínio de seus movimentos através de seus próprios músculos. Mas se houver uma percepção negativa de sua própria imagem corporal, isso trará dificuldades para conscientização das atividades musculares e para aquisição de posturas corretas no processo de reabilitação. Devido à perda brusca e traumática de um membro que ocorre na amputação, o indivíduo passará por alguns processos de ajustamento como a elaboração do luto, o luto pela perda física, por projetos para o futuro, pelo autoconceito e até o momento em que realmente consegue incorporar a prótese à sua imagem corporal.

O câncer é uma patologia que pode interferir de diversas maneiras na imagem corporal do indivíduo, pois seu tratamento pode mudar significativamente a integridade corporal e a aparência de uma pessoa. White (2002) relata as mudanças relativas à aparência, à

sensibilidade e com relação ao tratamento.

Para algumas pessoas o stress associado à mudanças relacionadas à aparência podem atuar como uma persistente lembrança da doença, desencadeando vulnerabilidade pré existentes de desordens psicológicas e problemas de ajustamento. As mudanças na aparência são particularmente traumáticas quando acompanhadas de mudanças funcionais, como por exemplo a perda da fala, ou perda de função de um membro.

Outro fator que interfere no ajustamento psicológico é a velocidade com que se instalam as mudanças no corpo, por exemplo a perda gradual de cabelo em uma semana, onde a pessoa tem um tempo relativo para se ajustar, o que difere da perda cirúrgica de parte do corpo que ocorre de uma só vez. O fato da mudança na aparência ser permanente (definitivo) pode afetar as respostas dos pacientes, como na utilização de ileostomia temporária ou definitiva. Se for uma alteração temporária, a pessoa pode se ajustar mais facilmente à ela, do que o inverso, ao saber que algo é permanentem, principalmente sendo uma alteração desagradável e não escolhida por ela (WHITE, 2002).

O câncer traz também mudanças sensoriais, tanto nas sensibilidades especiais como perda de audição, fala e olfação, como na sensibilidade da pele de regiões submetidas à grandes cirurgias, como no caso de câncer de mama e reconstrução mamária. White (2002) também nos fala das mudanças relativas ao tratamento como quimioterapia , radioterapia e cirurgias de remoção do tumor e áreas corporais. Os pesquisadores e médicos tem que levar em consideração o valor investido em partes do corpo pelos pacientes com câncer. Pacientes tem que ser perguntados sobre suas preocupações e se existem, deve haver oportunidades para que sejam expressadas, pensamentos e sentimentos devem ser descritos, assim como experiências de vida e crenças relacionadas à seu corpo.

O estudo de Carver et al (1998) nos coloca no panorama da mulher com câncer de mama, um importante e freqüente tipo de câncer. A grande lesão no senso de feminilidade e vida sexual entre pacientes mastectomizadas, isto é, que tiveram que retirar a mama ou parte dela devido à presença de tumor, é visto como uma reação ao grande desfiguramento de uma cirurgia com a extensão da mastectomia. Isto sugere que o impacto da mastectomia pode ser maior para a mulher cujo senso de auto estima depende fortemente de sua aparência, e menor para aquelas cuja auto estima tem menor relação com esse aspecto do self. Os altos níveis de investimento na aparência do corpo rende aos pacientes maior vulnerabilidade para várias ocasiões de

dificuldades psicossociais após a cirurgia, como distanciamento de atividades sociais, sensação de estranhamento e alienação.

Shontz (1990) explica que para saber como imagem corporal e o ajustamento à deficiência física se relacionam é necessário saber a fundo os significados do termo imagem corporal e entender o processo pelo qual as pessoas se ajustam psicologicamente à deficiência física. Apesar da experiência corporal ser extremamente complexa, ele identificou sete funções desempenhadas pela experiência corporal:

1. Registro sensorial e processador de informações sensoriais
2. Instrumento para a ação: provém a ferramenta para cumprir o comportamento
3. Origem das necessidades, impulsos e reflexos
4. Mundo privado, compartilhado com outros sob condições de intimidade
5. Estímulo essencial para o “eu”
6. Estímulo social: identifica idade, sexo, etnicidade, atração, ocupação e papel social
7. Instrumento expressivo: meio através do qual a individualidade é comunicada.

Experiência corporal é uma totalidade integrada, apesar de separada em funções, elas são indistinguíveis, coexistem e trabalham juntas em um sistema estruturado. Similarmente experiência corporal trabalha junto com o “eu”, ou personalidade como um todo. Ninguém pode existir sozinho e cada um pode ser examinado pela perspectiva do outro. Quando a imagem corporal sofre um distúrbio, o “eu” também sofre, e vale o oposto. Algumas condições que induzem desordens a longo prazo na experiência corporal : dano cerebral, lesão a outras partes do sistema nervoso (paraplegia), amputação traumática, distúrbios tóxicos ou metabólicos, condições psicossomáticas com altos níveis de envolvimento dos fatores de personalidade (obesidade, desfiguramento) e desenvolvimento defeituoso de personalidade (bulimia e anorexia).

Shontz (1990) relata alguns princípios relacionando imagem corporal e deficiência física, e se aplicam ao processo de ajustamento como um todo.

Reações psicológicas frente à incapacidade física não são uniformemente consideradas como distúrbios e não necessariamente resultam em mal ajustamento. E embora a experiência corporal seja diretamente afetada pela incapacidade, o impacto de seus efeitos não são sempre negativos. As reações psicológicas favoráveis ou desfavoráveis à deficiência em si não são simplesmente relacionadas às características e propriedades físicas da deficiência. As

reações à mudanças na experiência corporal são mais em função de quanta ansiedade é gerada pela experiência do que pela localização, severidade e tipo de experiência em si.

Os fatores ambientais são importantes na determinação de reações psicológicas à deficiência. Por exemplo, um tetraplégico pode ter sua imagem corporal muito bem integrada e ter se ajustado à sua deficiência, mas se as barreiras arquitetônicas forem intransponíveis de nada adiantará, pois ele não conseguirá um bom relacionamento social. De todos os fatores que afetam a vida de um deficiente, a deficiência em si é somente um deles, e não necessariamente o maior. “As pessoas são notoriamente adaptativas” (SHONTZ, 1990, p.167).

Trouxemos então uma visão geral da literatura sobre imagem corporal e deficiência física, abordando as diversas doenças e lesões que ocasionam vários tipos de dano físico e alterações à imagem corporal.

3.2 ASPECTOS NEUROLÓGICOS DA IMAGEM CORPORAL NA HEMIPLEGIA

Nesta parte do trabalho vamos abordar os aspectos neurológicos da imagem corporal relacionados à hemiplegia, os quais na verdade são distúrbios da imagem corporal que podem ocorrer neste tipo de sequela neurológica. O que encontramos em nossa revisão bibliográfica foram alguns livros que se referem à esses distúrbios importantes como a anosognosia, por exemplo, e também vários artigos que se referem à anosognosia para hemiplegia especificamente. Outros trabalhos se referem a esse distúrbio como negação da doença, ou ainda alguns relatos sobre a negligência unilateral. Discorreremos inicialmente sobre 4 autores que escrevem sobre anosognosia e negligência unilateral e posteriormente abordaremos as individualidades de cada distúrbio.

- FISHER S., 1970:

Fisher escreve sobre parâmetros que considera importantes na organização da experiência do corpo, sobre como o indivíduo distingue seu corpo do resto do mundo; como distribue sua atenção para as várias regiões de seu corpo, como regula sua própria estimulação para seu corpo...Relata que na verdade nenhuma frase ou palavra irá capturar a complexidade dos eventos associados com experiência corporal. Considera anosognosia, uma distorção do esquema corporal devido à lesão cerebral; a negação de existência de partes do corpo. Pode ser considerada distúrbio do esquema corporal se definirmos esquema como não tendo localização específica no cérebro, e não somente relacionado à aparência física do corpo, mas também em relação espaço-temporal e dimensões interpessoais do “self”. Ressalta que anosognosia não pode ser associada somente à padrões específicos de comportamento, que estão diretamente ligados à lesão das funções cerebrais, mas a estratégias de ajustamento geral desencadeadas pelas perdas catastróficas na parte funcional que acompanham disfunção cerebral.

- FREDERIKS J. A. M., 1985

Este autor relata que há uma certa confusão sobre os conceitos de esquema corporal, e isso se deve também ao fato de que não há uma clara distinção entre esquema corporal e experiência corporal. Para Frederiks o termo esquema corporal é usado para consciência das características de seu próprio corpo no espaço e é formado por atuais e prévias informações sensoriais. O termo experiência corporal é, no entanto, mais compreensivo, inclui fatores psicológicos e situacionais assim como emoções e intenções. O esquema corporal seria um fato de percepção, enquanto experiência corporal é um fato de experiência psicológica. Ele então relata a hemiasomatognosia como uma desordem de esquema corporal, e considera que é a não percepção de um lado do próprio corpo, subvidindo-a em consciente e não-consciente.

a- Hemiasomatognosia consciente: experiência claramente consciente onde o paciente espontaneamente relata sua experiência de ter perdido a percepção de metade de seu corpo. Sente-se como amputado, é incomum, pode ser transitório, e provavelmente de origem sub-cortical, podendo ocorrer em lesões em ambos os hemisférios. Sugere que provavelmente se deve ao bloqueio subcortical de input somestésico da metade do corpo.

b- Hemiasomatognosia não – consciente: Problema específico de comportamento, o paciente acredita que metade de seu corpo não existe, ignora a outra metade, pode ser permanente ou persistir por dias e semanas. Geralmente associada com hemiplegia, tendo origem no lobo parietal, faz parte da síndrome de anosognosia na hemiplegia (paciente não se conscientiza de seus membros paralisados...e quando questionado nega a lesão).

Frederiks fala também sobre a Síndrome de Negligência, também chamada de negligência hemiespacial, unilateral, ou fenômeno de extinção sensorial. O autor compara esta síndrome à anosognosia e relata as diferenças: negligência unilateral normalmente é permanente, pode ser aguda ou crônica, pode ocorrer devido à lesões nos dois hemisférios, e está acompanhada de hipocinesia. Já a anosognosia ocorre normalmente de forma transitória, em lesões agudas, e ocorre devido à lesões lobo parietal direito podendo estar acompanhada de hemiplegia.

- RAMACHANDRAN V.S. et al, 1998 e RAMACHANDRAN E BLAKESLEE, 2004

Os autores trazem relatos de experimentos com duas síndromes que lidam com distorções de imagem corporal: membros fantasma e anosognosia. No caso de membros fantasma, a pessoa perdeu um membro, teve uma amputação, mas continua a sentir sua presença vividamente. Por outro lado, no caso da anosognosia é vista em pacientes que tiveram lesão no hemisfério direito do cérebro, e negam veementemente a paralisia no hemicorpo contrário à lesão.

Uma interpretação da anosognosia seria em termos psicodinâmicos, onde a psicanálise chama de mecanismos de defesa, e que são usados por pessoas quando confrontadas com fatos polêmicos sobre elas mesmas. Exemplos são: racionalização, negação, repressão de memórias não agradáveis, e formação reacional. Poderia se dizer que pessoas com anosognosia fazem as mesmas coisas, mas de um modo grosseiramente exagerado.

Então o anosognóstico, quando confrontado com alguma coisa não prazerosa, como a paralisia, a negaria. Essa explicação não funciona por uma simples razão: ela raramente ocorre com lesão no hemisfério esquerdo, onde neste caso a paralisia também é desagradável, e assim mesmo pacientes raramente a negam. Essa assimetria sugere que a anosognosia é uma síndrome tanto neurológica como psicológica e os autores a consideram fascinante porque fica no limite entre neurológico e psicológico, entre cérebro e mente.

Ramachandran e Blakeslee (2004) relatam que a razão real para evolução desses mecanismos de defesa (confabulação, racionalização) é para criar um sistema de crença coerente para impor estabilidade em nosso comportamento. Para entender esta hipótese os autores sugerem a idéia de especialização hemisférica: onde o hemisfério esquerdo ficaria com a linguagem e o hemisfério direito com as tarefas visuo-espaciais. Mas muitas diferenças básicas entre os 2 hemisférios são subestimadas. Nós temos grande necessidade de impor consistência, coerência e continuidade sobre nosso comportamento, em outras palavras é como se precisássemos de um script, um “fio” para dar continuidade ao pensamento no tempo. O hemisfério esquerdo seria primariamente responsável por impor essa consistência na linha da história. A idéia básica é que as estratégias de enfrentamento dos 2 hemisférios são fundamentalmente diferentes:

A- Hemisfério esquerdo: cria um modelo e o mantém a qualquer custo. Se confrontado com alguma nova informação que não preenche o modelo, vai contar com mecanismo de defesa para negar, reprimir ou confabular, tudo para preservar o estado atual.

B- Hemisfério direito: a estratégia fundamental é diferente, seria como o “advogado do diabo”. Quando a informação anômala atinge um certo limiar, ele decide que é tempo de forçar o organismo para rever todo o modelo e começar do nada. Ele força à mudança de paradigma em resposta às anomalias, enquanto que hemisfério esquerdo tenta se agarrar ao modelo original.

Assim, as estratégias de luta dos dois hemisférios são fundamentalmente diferentes. A tarefa do hemisfério esquerdo é criar um sistema de crença ou modelo e incorporar novas experiências ao sistema de crença. Se confrontado com alguma nova informação que não se encaixa no modelo, ele conta com mecanismos freudianos de defesa para negar, reprimir ou confabular – qualquer coisa para preservar o status quo. A estratégia do hemisfério direito, por outro lado é bancar o “Advogado do Diabo”, questionar o status quo e procurar incongruências globais. Quando a informação anômala atinge certo patamar, o hemisfério direito decide que é hora de forçar uma completa revisão do modelo inteiro e começar do nada. O hemisfério direito, portanto, força uma “mudança no paradigma” em resposta a anomalias, ao passo que o hemisfério esquerdo sempre tenta se aferrar tenazmente ao modo como as coisas estavam. (RAMACHANDRAN, BLAKESLEE, 2004, p.179).

Em pacientes com anosognosia o hemisfério esquerdo está fazendo toda a confabulação e negação como se fosse à uma pessoa normal. A diferença é que esses pacientes

perderam o mecanismo do lado direito que forçaria à mudança de paradigma em resposta à informação conflitante. Então eles mantêm a ilusão e continuam confabulando sem mudança de paradigma. Segundo os autores temos que ter cuidado com a dicotomia da especialização hemisférica. A especialização é provavelmente mais relativa do que absoluta, e o cérebro humano tem frente, trás, em cima, embaixo e outras subdivisões que não só direita e esquerda.

- DAMÁSIO A , 2000 e 2002

Este autor considera que a anosognosia ocorra de forma sistemática com a lesão de uma determinada região do cérebro, e somente desta, que pode ser danificado por um acidente vascular ou por várias outras doenças neurológicas. Essas lesões ocorrem no hemisfério direito, e está associada à destruição de um grupo específico de córtices cerebrais conhecidos como somatossensoriais, responsável pelo sentido externo de tato, temperatura e dor, e pelo sentido interno da propriocepção, estado visceral e dor incluem: córtices da ínsula, áreas citoarquitônicas 3, 1, 2 (região parietal) e área S2 (parietal, no sulco lateral). Afeta também a substância branca do hemisfério direito, destruindo a interconexão entre as regiões acima mencionadas, as quais recebem sinais vindos de todo o corpo e a interconexão com o tálamo, gânglios basais e os córtices motor e pré-frontal (DAMÁSIO, 2000, 2002).

Damásio (2000) chama de anosognosia prototípica e completa aquela em que os indivíduos perdem a noção de seu estado clínico geral, desconhecem que estão sofrendo os efeitos devastadores de uma doença grave, não reconhecem que estão paralisados. Mesmo quando percebem que não mexem os membros, não percebem as consequências de sua situação clínica e o futuro não os preocupa. Suas manifestações emocionais são limitadas ou inexistentes e os sentimentos são nulos, tanto por seu próprio relato, como por verificação de um observador. Com relação aos sentimentos de fundo que Damásio descreve neste livro, os pacientes são incapazes de aproveitar a informação que recebem do corpo, não conseguem atualizar a representação de seus corpos e reconhecer de forma imediata e automática, por meio do sistema somatossensorial, que a realidade de sua situação corporal se alterou.

Damásio relata que a mente dos anosagnósicos estaria privada de sentir o presente estado corporal, principalmente os sentimentos de fundo. Surge a hipótese do “eu” ter deixado de ser integral, incapaz de detectar os sinais atuais do corpo na sua referência de base,

portanto não referenciam o problema ao seu “eu”. Neste caso de anosognosia completa o autor acredita que as lesões sofridas destruíram parcialmente o substrato do eu neural.

O estado do eu que conseguem construir fica assim empobrecido em virtude de sua capacidade limitada para processar os estados atuais do corpo. O estado que constroem baseia-se na informação antiga que se desatualiza a cada minuto que passa. (DAMÁSIO, 2000, p. 185).

Considera ainda que as tomadas de decisões desses indivíduos se torna deficiente, alterando os planos de reabilitação esperados pela família e pela equipe médica pois dada a incapacidade de perceber a gravidade de seu problema esses doentes mostram nenhuma inclinação a cooperar com terapeutas e nenhuma motivação pra se recuperarem.”Por que haveriam eles de querer recuperar-se se estão inconscientes de seu mal?”(DAMÁSIO, 2000, p.187).

Vários experimentos envolvendo este tema de distúrbios de imagem corporal foram realizados, como citaremos em seguida:

Gandevia e Phegan (1999) estudaram as distorções perceptuais da imagem corporal produzidas por anestesia local, dor e estimulação cutânea, e relataram que o tamanho percebido de partes do corpo pode mudar rapidamente quando o input aferente dessa parte é alterado, por exemplo, sob anestesia local, quando os sujeitos não relatam que está “faltando” uma parte de seu corpo, mas sentem um importante aumento no tamanho percebido desta parte.

Lu et al (2000) trabalharam na dissociação entre anosognosia e movimento do membro fantasma durante o teste de Wada, que consiste em injetar uma anestesia no hemisfério direito, e portanto simular uma lesão neste hemisfério. Encontraram que anosognosia e o movimento do membro fantasma podem ser induzidos através deste teste, mas sem relação direta entre eles, são fenômenos independentes.

Paqueron et al (2003) estudaram os fenômenos das distorções de imagem corporal induzidas por bloqueio anestésico (anestesia regional), onde foram encontradas mudanças perceptuais com relação à forma e tamanho do membro sob anestesia, alteração no senso de “ser dono, possuir” este membro. Essas observações mostram que a percepção da forma do corpo e a consciência de suas variações posturais são construídas por diferentes modelos

plásticos. Isso enfatiza a contribuição de atividade periférica aferente para manutenção de uma imagem corporal unificada.

Paysant et al (2004) procuraram por desordens na imagem corporal induzidas pelo espelho, em pessoas com lesão no hemisfério direito, e encontraram asomatognosia do espelho, uma desordem resultante de adaptações dos procedimentos que levam à reorganização das representações internas da imagem corporal.

Zampini et al (2004) pesquisaram movimentos ilusórios da mão contralesional em pacientes com desordens de imagem corporal, devido à lesão em hemisfério direito. Este estudo mostrou que movimentos seletivos ilusórios da mão contralesional podem ser induzidos em pacientes com desordens de imagem corporal.

3.2.1 ANOSOGNOSIA NA HEMIPLEGIA

Revisaremos a seguir vários artigos publicados sobre anosognosia na hemiplegia, distúrbio específico que ocorre com indivíduos hemiplégicos, ao desconhecer, ou não reconhecer sua hemiplegia. Falaremos sobre a incidência e prevalência, prognóstico, localização da lesão, possíveis hipóteses de causas, e mais alguns fatores relacionados ao distúrbio.

Várias das consequências de um acidente vascular cerebral são aparentes para um observador casual, mas a negação da doença e negligência visuo espacial precisam ser especificamente procuradas. Pode parecer um fenômeno raro, mas justamente por essa natureza, que raramente aparece espontaneamente na história colhida tem que ser elucidado por questionamento específico, e vários pacientes demonstram elementos de negação, quando procurados (ELLIS e SMALL, 1993).

Etmologicamente anosognosia descreve qualquer condição ou doença que não é reconhecida pelo paciente, pode ocorrer em doenças neurológicas, amnesia, afasia, hemiplegia, hemianopsia, assim como doenças que não são de etiologia cerebral como doenças cardíacas, câncer, lesão medular e queimaduras severas. O termo “negação da doença” reflete uma natureza mais ativa e ilusória da desordem enquanto anosognosia é um fenômeno puramente passivo (ELLIS, SMALL, 1993).

Para Donoso (2002) a anosognosia pode ocorrer em casos de hemiplegia para defeitos visuais (hemianopsia), negligência unilateral, amnésia, afasia e demências. É discutido o papel dos fatores emocionais, desaferentação, falta de iniciativa e defeitos cognitivos gerais neste

estudo e conclue-se que há uma relação psicopatológica entre ter um defeito, ser anosagnóstico e confabular frente a um estímulo externo e interno, sendo a confabulação uma consequência da anosognosia.

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

Baier e Karnath (2005) relatam que em estudos anteriores, onde 94% dos pacientes apresentavam anosognosia leve, isto é, negavam sua hemiparesia espontaneamente seguindo o questionamento geral sobre suas queixas, mas no entanto reconheciam sua paresia quando eram perguntados sobre a força de seus membros, isto não poderia ser considerado como anosognosia. Então com esse critério mais conservador a frequência encontrada de anosognosia passa a ser em torno de 10 a 18% em amostras de pacientes com AVC agudo.

Pia et al (2004) encontraram uma incidência de 32% dos casos de hemiplegia completa (lesões hemisférios direito ou esquerdo) e 36% em lesões do hemisfério direito. Segundo este mesmo autor a prevalência varia entre 20 e 44% da população de pacientes, sendo essa variação devido ao tempo em que o teste foi aplicado (pois na fase aguda, aumenta a frequência). Pode-se considerar então que aproximadamente 1/3 dos pacientes hemiplégicos negam seu déficit motor, mesmo na fase crônica da doença. Considerando o impacto que a negação tem na recuperação, torna-se evidente a importância do diagnóstico e possibilidade de tratamento da doença.

Vuilleumier (2004) afirma que a incidência fica em torno de 20-30% dos pacientes após um acidente vascular cerebral.

Starkstein (1992) relata que 28% dos pacientes de seu estudo tinham anosognosia.

Levine (1991) relata que a anosognosia transitória é mais comum, e sua incidência em torno de 25-58%, já a anosognosia persistente é mais rara.

PROGNÓSTICO

Alguns estudos falam de como a presença de anosognosia pode ser um fator de

mal prognóstico para o processo de reabilitação.

Pia et al (2004) fizeram uma revisão de literatura de 1938 -2001, considerando que o distúrbio anosognosia tem implicações clínicas e teóricas. Do ponto de vista clínico tem um impacto negativo na reabilitação, a negação do lado esquerdo do corpo na hemiplegia tem sido mostrado como o pior fator prognóstico para recuperação funcional das desordens motoras após dano cerebral direito, e as implicações teóricas dizem respeito ao estudo de funções cognitivas superiores.

Marcel et al (2004) consideram que uma das razões para estudar anosognosia é a ineficácia da reabilitação durante sua presença, e essa ineficácia pode estar relacionada às diferentes formas de déficit, pois os autores consideram importante fazer distinção entre ter consciência de um déficit, consciência de suas conseqüências e ao mesmo tempo consciência dos instantes de falhas relativas ao déficit. Se o paciente não está consciente dos instantes de falha motora seria difícil para eles compreenderem completamente o por quê das falhas em suas intenções de ação e dificuldades para inibir tentativas de vias normais de realizar ações. Mesmo com um bom nível intelectual eles não podem depender de mover os membros de um só lado.

Para esses pacientes, Marcel et al (2004) nos dizem que mesmo aqueles que estão cientes de cada falha, não conseguem atualizar seu conhecimento genérico sobre as capacidades de seus membros, não somente iriam, de seu ponto de vista, ter pouca razão para adotar novas estratégias, mas eles dificilmente estariam aptos para traduzir as experiências de aprendizagem da reabilitação em intenções que poderiam ignorar hábitos de longo prazo.

O único grupo que poderia ser esperado que aproveitassem de alguma forma a reabilitação convencional é aquele em que os pacientes estão cientes de sua plegia, mas não de suas conseqüências nas atividades de vida diária, isto é, suas incapacidades funcionais. Mas no critério convencional esses pacientes não são normalmente classificados como anosagnósicos. As implicações são que as estratégias reabilitativas precisam ser baseadas em caracterizações específicas de pacientes anosagnósicos.

Marcel et al (2004) consideram que a anosognosia não é um fenômeno unitário, que o não reconhecimento de um déficit , de suas conseqüências e falhas específicas do movimento são fenômenos dissociáveis e que a inconsciência da plegia pode ser parcial ou até mesmo dividida. Isto é, podem existir diferentes formas de anosognosia, possivelmente refletindo múltiplos mecanismos separados.

Appelros et al (2002) relatam que anosognosia é uma consequência muito séria de um AVC, e encontraram indícios de que tanto a negligência unilateral como a anosognosia presente nestes indivíduos hemiplégicos influencia o processo da deficiência.

Jehkonen et al (2001) estudaram o tempo de hospitalização desses pacientes na presença de anosognosia e encontraram que esse distúrbio prolonga o tempo de internação desse paciente, mas que a presença constante de um parente próximo diminui esse tempo e facilita no processo de recuperação.

Um outro estudo de Hartman-Maeir et al (2001) investigaram a anosognosia na fase de reabilitação pós AVC e a consideraram um risco significativo para que se obtenham resultados funcionais no processo de reabilitação e para o indivíduo adquirir independência nas atividades de vida diária, no processo de seguimento após um AVC.

Small e Ellis (1996) relatam que é muito mais difícil se recuperar de uma doença se o indivíduo não a reconhece, ou não está ciente de sua presença. Ocorre uma grande dificuldade em iniciar exercícios ativos no processo de fisioterapia enquanto o paciente continua a negar que há um problema. Então em associação com a negligência visuoespacial, a negação da doença contribui para a morbidade do AVC, além do que já é atribuído à hemiparesia ou hemiplegia.

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO

Pia et al (2004) falam a respeito da relevância neuropsicológica dos sintomas e traz um assunto relacionado à localização cerebral da anosognosia na hemiplegia: o lado do cérebro mais frequentemente afetado. Muitos estudos concordam que a lesão geralmente envolve o hemisfério cerebral direito, embora essa definição seja difícil devido à dificuldade para serem testados os pacientes lesados no hemisfério esquerdo devido a afasia. Os lobos mais frequentemente afetados são lobo frontal, parietal e temporal, se considerarmos lesões envolvendo 2 ou mais lobos os mais envolvidos são fronto-parietal. Anosognosia pode ser consequência de lesão no circuito fronto-parietal relacionado à representação espacial e motora, onde o componente parietal dessa rede é responsável pela organização (computação) espacial necessária para execução da ação motora no espaço. Negligência e anosognosia podem originar do dano ao circuito comum de representação no espaço para a ação onde lesões à um único

componente podem dar vazão para desordens espaciais.

Bisiach et al (1986) investigaram a negação da lesão motora e negação de alterações no campo visual em pacientes com AVC em hemisfério direito, e encontraram que anosognosia foi associada com lesões superficiais e profundas, com danos confinados à estruturas profundas. O córtex parietal póstero-inferior teve particular importância, implicando que, o dano às estruturas neurais fora da área cortical primária é um fator necessário a ser levado em conta. Com relação às estruturas profundas, o tálamo e o núcleo lenticular pareceram ter a mais provável correlação anatômica.

Starkstein et al (1992) estudaram as evidências em tomografia computadorizada do tamanho da lesão e localização assim como a atrofia cortical e subcortical presente em um grupo de pacientes com anosognosia após AVC agudo. Esses pacientes mostraram uma frequência significativamente alta de lesões em hemisfério direito, principalmente envolvendo lobo temporal superior, córtex parietal inferior, gânglios da base e tálamo, assim como mais atrofia cortical importante na área de cornos frontais, do ventrículo lateral e terceiro ventrículo.

Levine et al (1991) em um estudo detalhado comparando 2 grupos de pessoas com AVC em hemisfério direito com e sem negação persistente da hemiplegia, descreveram 6 sujeitos com anosognosia persistente, todos com grandes lesões no giro central e coroa radiada. Nestes casos, a extensa lesão na região da coroa radiada interrompeu projeções que vão e vem de áreas do giro central. As lesões no segundo grupo de pacientes, que nunca tiveram anosognosia ou que durou poucos dias, variaram consideravelmente de tamanho com 2 pacientes tendo lesões bem extensas ou até maiores que aqueles 6 casos de anosognosia persistente. Embora uma lesão extensa possa ser necessária para produzir uma anosognosia persistente, ela não é suficiente para causá-la, e os autores acima concluem que embora todos os pacientes com o distúrbio persistente tiveram grandes lesões no hemisfério direito, nenhuma região específica além das vias sensoriomotoras teria que ser lesada especificamente para causar o distúrbio.

Ellis e Small (1993, 1997) também estudaram a localização da lesão em casos de negação da hemiplegia após um AVC, e seus resultados confirmam os achados de Levine et al (1991) que uma grande área de lesão cerebral, comparada com outros pacientes de AVC não é essencial para produzir negação da hemiplegia. Concluíram que também houve grande envolvimento da substância branca profunda e núcleos da base, em lesões quase que exclusivas ao hemisfério direito.

FATORES COGNITIVOS E EMOCIONAIS

Starkstein et al (1992) em um estudo com 80 pacientes com AVC agudo utilizaram uma bateria de testes neuropsicológicos e psiquiátricos e encontraram frequências similares de depressão maior e menor em pacientes com e sem anosognosia. Com relação aos danos cognitivos, concluíram que eles não são necessários para produzir anosognosia, mas podem ser um fator predisponente ou que contribuem em alguns casos. Os autores utilizaram um questionário de anosognosia construído através de questões já identificadas em outros estudos de Bisiach et al (1986), com perguntas como:

- ☞ Porque está aqui?
- ☞ O que ocorre de errado com você?
- ☞ Tem algo errado com seu braço ou perna?
- ☞ Tem alguma coisa errada com a sua visão (campo visual)?
- ☞ Sente algum membro fraco, paralisado ou adormecido?
- ☞ Como sente seu membro?

E depois, se aparecerem sinais de negação nestas respostas, pergunta-se sobre o membro: se pode erguê-lo, se pode ver que os membros não estão no mesmo nível ao serem levantados entre outras... O score é dado de 0-3 pontos, onde 0 o paciente fala espontaneamente de sua doença, progredindo para os graus: leve (1) , quando fala após ser perguntado especificamente; moderada (2), quando fala após demonstração do déficit através de exames rotineiros e severa (3), quando não reconhece a paralisia mesmo ao ser demonstrado déficit visual e motor.

Starkstein et al (1993), em outro estudo, analisaram o perfil cognitivo dos pacientes com anosognosia e a associação entre anosognosia e os danos intelectuais específicos. Enquanto pacientes com anosognosia mostraram mais problemas cognitivos que o grupo sem anosognosia, não houve diferenças observadas nas tarefas de memória, sugerindo que os déficits de memória não são necessários ou suficientes para produzir anosognosia.

Small e Ellis (1996) encontraram que os resultados dos testes mentais indicam claramente que pacientes com negação da hemiplegia não tem necessariamente déficits cognitivos, mesmo quando testados dias após a instalação do AVC. Concluem que não há uma

área única de dano cerebral ou déficit neuropsicológico que seja por si só suficiente para produzir negação da hemiplegia.

Vuilleumier (2004) nos coloca diante de muitas implicações que ainda devem ser desvendadas sobre esse fenômeno tão complexo. A anosognosia para hemiplegia e outras formas de anosognosia não podem ser explicadas por um simples defeito no mecanismo neurológico, como uma severa privação de inputs proprioceptores, perda de controle motor, negligência hemiespacial ou hemipessoal, falta de flexibilidade mental, nem pode ser facilmente explicada por uma única combinação de déficits, pelo menos os avaliados pelas ferramentas neuropsicológicas usuais.

Segundo Vuilleumier (2004) a dificuldade em entender anosognosia pode estar na dificuldade em definir, de uma forma mais exata, o que é denotado por esses termos; o que é estar ciente de algo, ou não estar, e o canal de acesso à essa consciência. Diferentes manifestações comportamentais podem ou não dividir um substrato neuropsicológico comum, como os sintomas de não estar ciente do déficit, que pode variar da falta de queixa, falta de preocupação ou aparente esquecimento em alguns pacientes. Essa diversidade de comportamentos vem da questão, o que realmente importa como anosognosia e o que é realmente anosognosia “normal”.

Este estudo propõe um modelo para entendermos melhor os julgamentos sobre si mesmos que precisam ser considerados na anosognosia: as operações de apreciação, crenças e checagem. Os pacientes podem falhar na avaliação (apreciação) do déficit, ou manter crenças inadequadas ou falhar nos testes de consequências dos déficits, mas não negar quando diretamente confrontado com ele (checagem). Esta estrutura potencialmente permitiria detectar diferentes subtipos de anosognosia. Os defeitos na apreciação são: várias desordens na experiência subjetiva do paciente com uma função específica (mover, ver, lembrar), incluindo desaferentação perceptual, negligência e sensação fantasma. Estes defeitos não produziram necessariamente anosognosia se as crenças e operações de checagem estivessem engajadas em oposição às anormalidades de apreciação. Já os problemas nas operações de crença ou checagem promovem diferentes reações desencadeando dúvida, negação ou desilusão (engano). Essas operações são especialmente importantes quando os sujeitos lidam com incertezas sobre os estados atuais do corpo. (Vuilleumier, 2004).

Turnbull et al (2005) estudaram as emoções negativas na anosognosia e relatam

a suposição de que com a lesão no sistema frontal direito seriam envolvidas seletivamente as emoções negativas, mas isso não foi consistente com seus achados, nos quais alguns pacientes com anosognosia exibem flutuações substanciais na emoção, incluindo a experiência de emoções negativas como a tristeza. Esse resultado vai contra o argumento que anosognosia poderia causar uma perda de emoções negativas, no entanto como a anosognosia é um fenômeno diverso, o papel geral das emoções negativas permanece incerto.

FATORES RELACIONADOS A CAUSAS DA ANOSOGNOSIA

Alguns artigos propuseram algumas hipóteses sobre as possíveis causas da anosognosia para hemiplegia, citaremos 4 autores e artigos que consideramos relevantes para a compreensão do assunto.

a-) Levine, D. N. et al (1991)

O estudo dos autores compararam dois grupos de pacientes: um deles com anosognosia persistente, isto é, mais de um mês após o AVC, e outro grupo no qual anosognosia durou alguns dias pós ictu. A patogênese da anosognosia para hemiplegia pode envolver falha para descobrir a paralisia devido à mecanismos proprioceptivos que ordinariamente informariam o indivíduo sobre a posição e movimento dos membros, estarem lesados, e o paciente devido aos déficits cognitivos, teria dificuldade para fazer observações necessárias e inferências para diagnosticar a paralisia. Os autores constataram que a perda sensorial do hemicorpo esquerdo pode ser necessária, mas não é suficiente para produzir anosognosia. A negligência hemiespacial foi mais severa nos pacientes com anosognosia persistente, e estes tiveram mais dificuldades em testes de intelecto e memória, danos na organização mental, redução na flexibilidade mental e controle mental, foram incapazes de perseverar estratégias para resolver problemas e de alterar estratégias ineficazes.

Levine sugere então a “Teoria da descoberta”, onde a premissa básica é que a perda sensorial não é um fenômeno imediato, como a sensação em si, mas deve ser descoberta, requerendo auto observação e diagnóstico. A perda de uma conexão sensorial não promove imediata consciência que alguém “não pode mais sentir”, e irá geralmente continuar a acreditar

que a sensação está intacta até ele descobrir, interpretando as evidências que não está. A velocidade e a facilidade da descoberta depende da natureza da incapacidade. Por exemplo, as doenças com grande dano funcional como a cegueira é facilmente descoberta, já doenças facilmente compensáveis como a hemianopsia são mais difíceis de serem descobertas, e falhas nessa descoberta podem ocorrer até mesmo em indivíduos normais intelectualmente.

A hemianestesia é mais difícil de ser descoberta pelo próprio indivíduo por ser uma lesão parcial (unilateral), e porque pode vir associada à uma negligência espacial severa, com desvio da cabeça e dos olhos para o lado direito, tornando mais difícil a visão dos membros paralisados, e isso pode exacerbar os defeitos proprioceptivos e somatossensoriais no lado esquerdo. Os pacientes relatam que o que seus olhos vêem não concordam com suas sensações, embora vejam o membro conectado a seu corpo, não o sentem como seu. Então tanto uma possível sensação de membro fantasma como a negligência unilateral fazem a descoberta da paralisia mais difícil, e essa descoberta é mais um desafio para o intelecto e memória, consequentemente mesmo um dano moderado na função mental pode ser suficiente para tornar a descoberta impossível.

b-) Starkstein, S. et al (1992)

Estes autores sugerem duas hipóteses para explicar a anosognosia: a hipótese biológica e a psicológica.

Na hipótese biológica, os autores correlacionaram a presença de anosognosia com a presença e severidade de distúrbios psiquiátricos, negligência, danos intelectuais, localização da lesão e atrofia cerebral, em 80 pacientes com AVC agudo. Concluíram que os danos cognitivos não são necessários para produzir o distúrbio, mas podem ocorrer como fator que predispõe à anosognosia. Pode ser relacionada com inatenção do lado contralateral à lesão, mas não foram encontradas evidências de relação causa e efeito entre negligência unilateral e anosognosia, e ambos são fenômenos independentes associados com lesão em hemisfério direito. Um achado importante foi com relação à atrofia cerebral encontrada nos pacientes e provavelmente existente pré AVC. Assim, a presença de atrofia frontal e diencefálica pode ser um fator necessário para ocorrência de anosognosia depois das lesões em área específica do hemisfério direito, e pode explicar porque nem todo paciente com lesão temporo-parietal ou

talâmica desenvolve anosognosia.

Na hipótese psicológica sugerem que é consequência de um mecanismo de defesa no qual os pacientes protegem a si mesmos. Então uma dissociação entre anosognosia e depressão seria esperado, já que a anosognosia “protegeria” os pacientes de sintomas depressivos produzidos pelo recentemente adquirido déficit neurológico. Isso não ocorreu, pois encontraram frequências similares de depressão maior e menor em pacientes com e sem anosognosia, demonstrando que esse distúrbio não “protegeu” os pacientes da depressão, contrariando então a hipótese de ser um mecanismo de defesa para não se confrontar com seus déficits.

c-) Gold, M. et al , (1994)

Este estudo sugere a hipótese “feed-forward” de anosognosia para hemiplegia. Relatam que para os pacientes se autodiagnosticarem como hemiplégicos, eles devem tentar usar o membro paralisado, e o reconhecimento da fraqueza depende do desencontro entre a expectativa do movimento e a performance atual. A negligência motora ou intencional pode coexistir com lesões cortico espinhais que conduzem à hemiplegia, no entanto nos pacientes em que esses 2 mecanismos coexistem o diagnóstico clínico de negligência intencional não pode ser atingido. A premissa da teoria “feed-forward” é que a perda da intenção motora remove a antecipação do movimento. Essa perda gera defeitos no input eferente dentro do sistema e se não houver nenhuma intenção para mover um membro, não podemos interpretar a falência para detectar movimento como uma aberração.

O experimento foi realizado utilizando eletromiografia de superfície para medir atividade elétrica na musculatura proximal em 5 grupos de sujeitos: normais, hemiplegicos, hemiplegicos com negligência espacial esquerda, hemiplégicos curados de anosognosia e hemiplégicos com anosognosia. De acordo com a hipótese “feed-forward”, ou intencional, a intenção normal do sujeito leva ao aumento da ativação da musculatura bilateralmente e à maior ativação relativa do músculo ipsilateral à mão testada. O padrão de performance encontrado no grupo com anosognosia indica que pouco ou nenhum esforço foi feito para gerar atividade motora quando é pedido para sustentar a força do lado esquerdo. Essa habilidade para ativar o músculo peitoral esquerdo enquanto aperta a mão direita no dinâmetro indica que os sistemas motores que inervam o peitoral esquerdo são funcionais e que o paciente foi capaz de recrutar

esses sistemas.

Foi demonstrado então que a falência para recrutar sistemas motores funcionais do membro superior não está relacionada com a fraqueza motora isolada ou negligência intencional. Os autores acreditam que a falência para recrutar sistemas motores indica que o paciente não está tentando usar o membro parético. Para um paciente descobrir que está paralisado, tem que haver um desencontro entre a expectativa do movimento e a performance realizada. De acordo com a hipótese “feed-forward”, se o paciente não tenta mover o membro parético, não há expectativa de movimento e então não haverá incongruência entre a expectativa e a ação.

d-) Coslett, H. B. (2005)

O artigo fala sobre a anosognosia e representações do corpo 40 anos depois das postulações de Friedlander (1964), que tentou explicar um aspecto da anosognosia: sua relação com as lesões ocorridas no hemisfério não-dominante (direito). Segundo Coslett (2005), Friedlander postulou que a dominância manual teria implicações para percepção corporal ou experiência de seu próprio corpo em relação ao espaço. Em particular ele levantou a possibilidade que dominância seria associada com a tendência para usar a mão dominante e como consequência, a percepção corporal correspondente ao lado dominante poderia ser estendida para o espaço. Se fosse este o caso, poderíamos prever que lesões no hemisfério dominante (esquerdo) seriam menos prováveis de causar anosognosia porque a percepção corporal mais elaborada correspondente ao lado dominante seria menos interrompida pela lesão cerebral do que a relativamente empobrecida representação do lado não dominante.

Com relação ao trabalho de Friedlander (1964), a anosognosia seria associada com lesões no hemisfério não dominante porque a percepção corporal correspondente ao lado dominante do corpo é mais substancial. Então a mesma lesão no hemisfério direito iria destruir uma grande proporção do conceito de corpo correspondente ao lado esquerdo do corpo, como o fato de que anosognosia seria mais comum após lesões no hemisfério direito.

A interpretação de Coslett (2005) é que o argumento de Friedlander relata que o aspecto da dominância manual é a assimetria no uso, tanto que a mão dominante é usada com grande frequência; ele fala de uma vantagem da mão dominante em muitos parâmetros da

performance motora, incluindo frequência do uso, força e precisão, não estaria associada com a mais elaborada e acurada representação do membro superior dominante, mas introduz uma distorção sistemática da percepção corporal. No entanto um elemento crítico de seu argumento é que a dominância motora é associada com a distorção da percepção corporal tanto que o braço dominante é representado como maior que o não dominante.

Os autores acima não concordam integralmente com esta suposição mas acreditam que o trabalho de Friedlander traz boas lições, principalmente que o estudo de sujeitos com e sem lesões cerebrais pode ser complementar aos assuntos fundamentais sobre função cerebral normal.

3.2.2 SÍNDROME DA NEGLIGÊNCIA

A definição de negligência, segundo Heilman et al (1993), é a falha ao reportar ou responder à um novo e significativo estímulo, ou mesmo se orientar pelo mesmo, quando apresentado ao lado do corpo oposto à lesão cerebral, quando esta falha não pode ser atribuída nem à defeitos sensoriais ou motores. A negligência pode ser espacial ou pessoal; pode ser uma inatenção ao estímulo no espaço ou na pessoa; pode ser uma falha para agir em uma porção do espaço, em uma direção espacial ou em uma porção de seu próprio corpo. As manifestações incluem, segundo Heilman (1993) :negligência sensorial ou inatenção, extinção de estímulos simultâneos, negligência motora, negligência espacial e negligência pessoal.

TIPOS DE NEGLIGÊNCIA

a-) Negligência sensorial ou de inatenção

Refere a um déficit na consciência do estímulo contralateral em pacientes com lesões em outras localizações que não as áreas sensoriais primárias ou sistemas de projeção sensoriais. Em alguns casos pode ser difícil o diagnóstico diferencial entre inatenção severa e uma lesão aferente (hemianestesia), sem saber exatamente o local da lesão.

b-) Negligência motora – desordem de ação-intenção

Ocorre uma falha na resposta do movimento, na ausência de fraqueza muscular

Pode ser na forma de :

- Acinesia: falha em iniciar o movimento, que não atribuído à sistemas neuromotores, mas à disfunção dos sistemas necessários para ativá-los. Pode envolver diferentes partes do corpo: olhos, cabeça e membros.
- Extinção motora: quando o paciente move simultaneamente 2 membros, mostra acinesia contra lesional, pede-se que o paciente mova a parte requerida, ele reportará o estímulo simultâneo, mas só moverá o membro ipsilateral.
- Hipocinesia: inicia a resposta com atraso
- Impersistência motora: dificuldade para sustentar uma ação.

c-) Negligência espacial

Quando é pedido movimentos no espaço, os indivíduos portadores deste distúrbio negligenciam o hemiespaço contralateral à lesão. Pode ser chamada também negligência hemiespacial, visuoespacial ou espacial unilateral.

d-) Negligência pessoal

Ocorrem falhas ao reconhecer que as extremidades contra lesionais são suas, e se for um grau leve de negligência, podem até reconhecer que são suas porque estão anexadas à seus corpos, mas ainda se referem à elas como objetos.

CARACTERÍSTICAS DA NEGLIGÊNCIA

Com relação à neuropatologia da negligência, segundo Heillman et al (1993) é mais freqüente após lesões temporo parietais, devido à AVC (infarto cerebral ou hemorragia) ou tumores malignos de crescimento rápido. É incomum em tumores de progressão lenta e doenças degenerativas insidiosas e bilaterais.

Bisiach et al (1986) têm demonstrado que a negligência ao lado esquerdo do corpo ou membros nem sempre está associada com a negação da hemiplegia. A dissociação entre inconsciência da lesão motora e negligência unilateral implica em um alto nível de atividade

cerebral. Isso mostra que anosognosia para hemiplegia esquerda não é simplesmente uma manifestação de inatenção para o lado esquerdo do espaço egocêntrico e mesmo pacientes que são completamente inatentos para o seu lado, podem ter consciência do seu dano motor. A negação persistente da hemiplegia é compatível com a habilidade para atender ao lado esquerdo e ver o examinador demonstrar o braço inerte após ser passivamente levantado. Argumentam então que anosognosia e negligência não são relacionadas funcionalmente e interpretam sua ocorrência como acidental e devido à contigüidade anatômica.

Kinsella et al (1993) estudaram a síndrome da negligência unilateral em pacientes pós AVC. Consideram a presença de 2 fatores em potencial que contribuem para a síndrome: um fator externo e uma interrupção da representação interna espacial. O mais comum seria esses 2 fatores coexistirem e formarem a síndrome clássica, no entanto os sintomas e níveis de negligência podem ser observados e ocorrer separadamente. A negligência espacial unilateral tem sido identificada como um fator predisponente a um pobre retorno funcional após AVC e interruptiva no domínio de atividades de auto cuidados, mas não tão fortemente relacionada à área de mobilidade. Isto tem implicações para os programas de reabilitação requeridos por este grupo particular de pacientes hemiplégicos.

Manes et al (1999) analisaram o papel do córtex da ínsula no reconhecimento de estímulo externo, por suas conexões com córtex límbico e sensoriomotor, e creditaram a ele um papel nos aspectos afetivos e atenção do comportamento humano. Regiões paralímbicas insulares tem especialização funcional para comportamentos requerindo integração entre estímulo extrapessoal e interno. Baseado nessas conexões pode-se esperar que lesões no córtex da ínsula podem resultar em desordens de negligência. Esses achados sugerem que o córtex da ínsula devido às suas conexões anatômicas é integralmente relacionado à atenção perceptual, e danos ao córtex insular direito podem exercer um papel crítico no desenvolvimento da negligência, interrompendo conexões entre córtices sensoriais e o sistema límbico.

Jehkonen et al (2000) estudaram 56 hemiplégicos com lesão em hemisfério direito e constataram que anosognosia para hemiplegia é dissociada de negligência, assim como de não reconhecimento da doença, ou negação da doença; portanto anosognosia não é um fenômeno unitário, e o não reconhecimento de um déficit pode ocorrer independentemente do reconhecimento ou não de outros defeitos. A pobre conscientização de seus déficits pode complicar o processo de reabilitação, a compensação do que está lesado, e o processo de

ajustamento para viver na comunidade de forma independente.

Em um estudo sobre a sensibilidade dos testes utilizados para negligência espacial Azouvi et al (2002) constataram que em pacientes com AVC subagudo em hemisfério direito, cerca de 85% deles apresentam algum grau de negligência unilateral, sendo que 36, 2% podem ser considerados clinicamente significantes (moderado a severo). As tarefas, incluindo um forte componente visual foram as mais sensíveis, e a avaliação comportamental de negligência nas atividades de vida diária foram mais específicas que outras medidas. Este estudo também comporta a idéia de que negligência é bastante heterogênea e dissociável de anosognosia. Fatores não específicos como motivação, fadiga, estado emocional podem influenciar também e devem ser levados em consideração na avaliação de indivíduos com negligência.

Plummer et al (2003) escrevem que a negligência unilateral pode ser um comportamento comumente encontrado após AVC e traz também os diversos tipos de negligência já citados anteriormente: negligência sensorial, motora, representacional, pessoal e espacial, sendo que essa última é subdividida em peripessoal e extra pessoal. O autor sugere uma bateria de testes a serem realizados com esses indivíduos portadores de negligência e enfatiza a importância de terapeutas trabalharem com essas ferramentas para melhor avaliarem os pacientes em processo de reabilitação.

Buxbaum et al (2004) encontraram em seus estudos uma frequência de 48% de pacientes com negligência após lesão hemisfério direito. Esse distúrbio, em suas várias formas podem afetar diferentemente: atenção e percepção, ou intenção e ação. Pode afetar o corpo contralesional (negligência pessoal), o espaço perto corpo contralesional (negligência peripessoal) ou o espaço além do alcance do corpo (negligência extra pessoal). O estudo sugere que negligência tem um impacto na atenção básica, na incapacidade funcional e no “fardo” para a família que é significativamente maior do que o previsto somente pelo número de áreas lesionadas, portanto a presença deste distúrbio prevê pobre resultado funcional na recuperação do hemiplégico. A “negligência é uma complexa constelação de sintomas”, não é muito frequente encontrarmos somente negligência motora ou perceptual e peripessoal. As dissociações observadas suportam a idéia de que há subtipos identificáveis de negligência. Isso tem implicações potenciais para futuras investigações, como o sucesso de um tratamento em particular para um determinado perfil de subtipo de doença.

Beis et al (2004) estudaram a negligência espacial direita, em pacientes após

lesão no hemisfério esquerdo, o que tem sido bastante raro nos estudos anteriores. Foram avaliadas as características de negligência contralateral e desordens relacionadas em AVC subagudos em hemisfério esquerdo usando testes não verbais. Um limitado número de pacientes teve que ser excluído devido a severas alterações de compreensão e foram encontrados 43% dos pacientes com lesão de hemisfério esquerdo com negligência. Os autores confirmam que a negligência no lado direito é muito menos freqüente e menos severa que o oposto, e sugerem que a razão para esta variabilidade incluem seleção de sujeitos, localização da lesão, natureza e tempo da avaliação. Os pacientes com lesão no hemisfério esquerdo ainda mantêm-se mal representados em muitos estudos devido aos problemas de afasia.

Em um estudo de 2005, Tsukimoto e Valester relatam três casos de negligência unilateral, com as implicações práticas decorrentes desta doença na realização das atividades de vida cotidiana e a repercussão destas na autonomia e independência dos sujeitos. Notaram a forte influência da negligência unilateral na performance motora e na postura e posicionamento do indivíduo; a dificuldade de planejamento, organização e execução da ação; o déficit de atenção voluntária e a necessidade de constante estimulação e direcionamento por parte do cuidador ou terapeuta durante a realização das tarefas. Foi desenvolvido pelos autores um “roteiro de análise de atividades” específico para os quadros de negligência unilateral, que permitisse observar as manifestações da negligência unilateral em relação a todos os aspectos e elementos envolvidos em determinada atividade.

CONSEQUÊNCIAS NEUROPSICOLÓGICAS DO AVC

Após termos discorrido sobre os aspectos neurológicos da imagem corporal na hemiplegia, como a anosognosia e a negligência unilateral, encontramos autores que falam sobre a importância dos déficits neuropsicológicos encontrados em pessoas que sofreram acometimentos cerebrais como o AVC. Queremos então introduzir este assunto já nos aproximando do próximo capítulo que falará sobre os aspectos psicológicos e sociais, enfatizando novamente o quão interligados estão estes fatores neurológicos, psicológicos e sociais da imagem corporal.

Descreveremos as disfunções cognitivas mais relevantes segundo Hochstenbach e Mulder (1999), ressaltando que a distinção que é feita entre processos cognitivos e emocionais

é artificial, na realidade não é possível separar estes processos de uma maneira distinta sendo que a influência entre eles é constante.

- Desordens de atenção:

As formas de atenção são um pré-requisito para quase todas as ações humanas e são de importância fundamental para efetivar o comportamento e sobrevivência, assim como tem um papel crucial na re aquisição de habilidades. Teoricamente é feita uma distinção entre atenção seletiva, atenção focada, atenção dividida e sustentada. Todos estes aspectos da maquinaria atencional podem ser alterados após AVC, levando à um declínio na flexibilidade, dificuldade de concentração em uma tarefa mais longa, impossibilidade de performance em um ambiente barulhento e a impossibilidade de fazer duas coisas ao mesmo tempo (ex: andar e falar, se exercitar enquanto ouve o terapeuta).

Outro aspecto da atenção que pode ser alterado nos hemiplégicos é com relação a velocidade do processamento de informação. Os pacientes podem mostrar um declínio substancial na velocidade do processamento de informação, resultando em uma lentidão geral do pensamento assim como na ação. Pode haver perda da automaticidade e fluência, se tiverem que controlar cada ato conscientemente. Essa lentidão mental tem implicações claras para as atividades de vida diária.

Em alguns pacientes pode levar ao isolamento e a evitar certas situações sociais porque não se sentem aptos para processar e integrar a contínua vinda de impressões. Em outros pacientes pode levar à total fadiga como resultado e tentativas demoradas para lidar com o ambiente, investindo uma quantia desproporcional de energia mental.

- Desordens de memória

Enquanto os processos de atenção guiam para a escolha seletiva de informação, os processos de memória são responsáveis pela armazenagem de informação. A capacidade de armazenamento de informação e o uso da informação para formas de aprendizagem são um dos aspectos básicos da vida. Sem memória ficaria muito mais difícil a sobrevivência, e pacientes com severo déficit de memória vivem no vácuo, são separados de seu ambiente social. As habilidades de reaprendizagem são totalmente dependentes da memória e da capacidade de reter informação sobre ação e eventos. O autor distingue dois tipos básicos de disfunção de memória: déficit na entrada e armazenamento de informação e déficit na recuperação de informação.

- Desordens na percepção, seleção e avaliação do Input

Aqui fica bem claro o exemplo de negligência unilateral, citada anteriormente em nosso trabalho. O paciente falha ao reportar, responder ou se orientar à um estímulo apresentado no lado contralateral, quando esta falha não for atribuída à distúrbios sensoriais ou motores. A negligência não só limita a si mesmo para atividades ou eventos realizados em interação com o ambiente, mas pode ser visto em atividades relacionadas a seu próprio corpo. Outro exemplo é das agnosias.

- Desordens de funções executivas

As funções executivas se referem aquelas capacidades que habilitam a pessoa para se engajar com sucesso em comportamento independente e autônomo. As desordens são problemas no planejamento e na inicialização de atividades com uma meta direcionada e na avaliação de resultados dessas atividades.

- Desordens de comunicação

A afasia é a desordem na qual tanto a recepção como a expressão da linguagem (escrita e oral) pode ser alterada.

- Desordens emocionais e comportamentais

Podem ocorrer mudanças comportamentais primárias, isto é , resultado direto do dano ao tecido cerebral e são associadas com mudanças metabólicas e neuroquímicas, e secundárias, as quais resultam da reação do paciente e ambiente aos sintomas bizarros da lesão cerebral. Podem aparecer ansiedade, desconfiança, irritabilidade e insegurança.

Em alguns pacientes podem ocorrer mudanças de personalidade como: egocentrismo infantil, dificuldade para estarem cientes dos sinais sociais e para interpretar estes sinais corretamente. Essas alterações podem ser acompanhadas por diminuição da auto-

consciência e inabilidade para reagir apropriadamente à sinais de stress de outras pessoas (não oferecendo conforto ou suporte).

Pode ocorrer anosognosia, resultando em dificuldades para avaliar suas próprias capacidades. É difícil para o paciente reconhecer capacidades funcionais alteradas e proceder os passos necessários para aumentar ou compensar essas capacidades. Pode ser que superestime suas capacidade e leve à decisões erradas e até mesmo perigosas.

Podem surgir também problemas de auto controle, como impulsividade para alimento, bebida e dinheiro. Estes problemas levam à agitação, impaciência e inquietação, impossibilidade de espontaneidade e flexibilidade. Os pacientes podem ficar confusos ou chateados quando confrontados com mudanças ou eventos inesperados, levando à rígidas rotinas diárias.

O riso e choro compulsivos também podem ocorrer. O paciente mostra uma reação emocional que não é adequada para a situação e nem está de acordo com seus próprios sentimentos. A reação pode ser reconhecida pela frequência, intensidade não apropriada e pela rapidez com que desaparece. A depressão é um fator importante e deve ser tratada, e será abordada com mais detalhes no capítulo a seguir.

Seguramente a natureza e o grau de severidade dos problemas descritos anteriormente varia muito entre os pacientes , afinal não existe um paciente de AVC “universal”. Além disso os déficits não são estáticos, podem sofrer alterações de um dia para outro e até mesmo no decorrer de um único dia. Para que a reabilitação possa suprir as necessidades e possibilidades individuais de cada paciente é necessário que o terapeuta não somente esteja consciente destas desordens mencionadas, como também esteja apto a lidar com eles durante o processo terapêutico. Discutiremos este assunto posteriormente neste trabalho.

3.3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA IMAGEM CORPORAL NA HEMIPLEGIA

Os aspectos afetivos, emocionais ou psicológicos da imagem corporal já foram descritos anteriormente e como vimos estão estreitamente relacionados aos aspectos sociais da

mesma. Visto que os trabalhos encontrados em nossa revisão bibliográfica estavam geralmente unindo os dois fatores, tivemos por bem colocá-los juntos nesta parte introdutória, mesmo porque esta separação entre fatores afetivos e sociais é somente didática, sendo que estão se relacionando o tempo todo em nossa imagem corporal, posteriormente neste mesmo capítulo dedicaremos áreas individuais a cada um dos assuntos.

Nosso trabalho trata de indivíduos que adquiriram hemiplegia no decorrer da vida, isto é deficiência adquirida, então geralmente são indivíduos adultos, devido à incidência de acidente vascular cerebral, que atinge esta faixa etária.

Whitbourne e Skultety (2002) estudaram imagem corporal de adultos, e apesar de muitas referências trazerem dados de que o completo desenvolvimento físico se dá na adolescência, o fato é que o corpo está em contínua mudança, até a morte. Entender como as pessoas reagem a mudanças na forma do corpo, aparência e funcionamento do corpo é importante para entendermos a adaptação psicológica através da vida adulta. Estes autores relatam três componentes da imagem corporal que requerem avaliação no indivíduo adulto: aparência, competência e saúde física. Aparência física traz uma mostra sobre a pessoa de maneira externa tanto à ela mesma como aos outros, incluindo informação sobre a idade e sobre a atratividade. Os sentimentos internos de competência corporal são baseados em parte nas sensações físicas associadas com a idade, incluindo sentimentos de agilidade, resistência e força. A experiência de saúde física ou doença tem implicações profundas para qualidade de vida e uma influência dramática nos pensamentos do indivíduo e sentimentos sobre o fim da vida (WHITBOURNE, SKULTETY, 2002).

Podemos então pensar como a hemiplegia e o processo desta doença influencia a imagem corporal destes indivíduos, pois altera sua aparência física, devido às sequelas motoras. Altera também toda sua competência corporal e principalmente sua experiência de saúde física, pois mesmo que depois de algum tempo só reste a sequela corporal, sem alterações clínicas importantes, o indivíduo passa a ter um outro conceito sobre sua saúde física, devido ao processo de tratamento medicamentoso e terapêutico pelo qual passou.

Então para localizarmos nosso estudo de imagem corporal na hemiplegia, pudemos ver como são relevantes as alterações na imagem corporal desse indivíduo que além de passar por estas mudanças descritas acima, ainda passa pelas mudanças naturais da idade, pois

está em processo de envelhecimento, sofrendo alterações na pele, nas articulações, diminuição de altura, perda de massa muscular, perda óssea , função pulmonar, entre outras, não entraremos detalhadamente no assunto pois não é objetivo deste estudo (WHITBOURNE , SKULTETY, 2002).

Sabemos que vários fatores influenciam diretamente nos aspectos psicossociais, como a influência da mídia , que dita padrões de aparência física e de comportamento, nem sempre saudáveis e atingíveis pela população em geral. Esse processo de influência da mídia traz conseqüências perceptuais, afetivas, cognitivas e comportamentais à imagem corporal (TIGGEMANN, 2002).

Outro fator que exerce influência é a família. É sabido que a imagem corporal é multideterminada, porém a família exerce um papel fundamental neste processo desde a maneira com que os pais respondem às necessidades da criança como a maneira como os tocam desde o nascimento. As reações positivas ou não dos pais perante as crianças, seja através de palavras, comunicação não verbal ou pelo toque contribuem para o desenvolvimento da imagem corporal da criança, o que irá refletir na maneira deste adulto vivenciar seu corpo e suas experiências corporais (KEARNEY-COOKE, 2002).

Os fatores interpessoais, isto é o relacionamento entre as pessoas, tem impacto significativo no desenvolvimento da imagem corporal e nos estados de nossa imagem corporal na vida diária. O que os outros pensam e fazem, realmente importa, mas talvez mais importante sejam as percepções do que os outros pensam e preferem em relação à aparência física, influenciando como nos sentimos sobre nossos corpos.

Segundo Tantleff-Dunn e Gokee (2003), existem três processos interpessoais primários que tem papel significativo no desenvolvimento da imagem corporal, são eles: o processo de atribuição de valor, de avaliação dos outros sobre nós ou nossas percepções sobre como os outros nos vêem, que tem influência significativa sobre como nós nos vemos. O feedback da aparência física, isto é as percepções que as pessoas desenvolvem sobre como os outros a vêem, podem vir dos pais, irmãos, amigos, cônjuges, patrões ou estranhos. Esse feedback pode ser negativo, variando de zombamentos, críticas , comentários ambíguos ou

mesmo linguagem corporal subliminar. Independentemente de onde veio ou do tipo, qualquer feedback negativo sobre nossa aparência pode causar danos.

A comparação social é ainda outro processo através do qual a auto-avaliação de ser atraente fisicamente é formada. Indivíduos que se comparam com aqueles que consideram mais atraentes fisicamente, deixam mais baixos os valores de sua própria atratividade do que aqueles que se comparam com outros vistos como menos atraentes (TANTLEFF-DUNN , GOKEE, 2002).

Ainda sobre as relações interpessoais, segundo Tantleff-Dunn e Goekee (2002), o desenvolvimento da imagem corporal é um processo que ocorre a vida toda, influenciado inevitavelmente pelas pessoas significantes que tem papéis centrais, em diferentes épocas de nossas vidas. As crianças sofrem grande influência dos pais e seus primeiros cuidadores, os adolescentes principalmente de seus amigos e colegas, e os adultos dos cônjuges e companheiros, que são uma fonte importante de suporte e feedback. Os cônjuges passam grande parte do tempo juntos, dividindo experiências e se permitindo serem vulneráveis de um jeito que dificilmente o fariam com outras pessoas. Então, é bem provável que as percepções do cônjuge sobre a aparência de cada um e o que dizem a respeito terá impacto substancial sobre como se sentem sobre si mesmos, seus corpos e suas relações.

A influência de pessoas completamente estranhas à nós também ocorre, mas felizmente o feedback de estranhos é menos crítico e mais subliminar. As expressões faciais, tópicos de conversas e os níveis de relacionamento e respeito que estabelecem conosco, algumas vezes podem transmitir a informação sobre como avaliam nossa aparência. As pessoas estranhas podem afetar nossa imagem corporal, e causar impacto na dinâmica e funcionamento social.

Os aspectos psicossociais da imagem corporal foram estudados em amputados de membro inferior, considerando que esses indivíduos podem sofrer problemas de ajustamento após a perda do membro, como: ansiedade, baixa auto-estima, preocupações com imagem corporal, perda do senso de valor de seu corpo como um todo, isolamento social, diminuição da atividade sexual e depressão. Um mediador potencial de ajustamento psicológico a uma amputação é o grau de desconforto social experimentado por um paciente, e foi desenvolvido e aplicado um instrumento de avaliação para medir o desconforto social especificamente para amputados. Os resultados obtidos constataam uma grande e significativa relação entre desconforto social e depressão. Estes dados sugerem que é importante estar atento ao tópico de desconforto

social às pessoas com deficiência física, como intervenções que desafiem habilidades sociais, assistindo ao paciente para ser mais apto a discutir sua deficiência com outros (RYBARCZYK et al, 1992).

O mesmo autor acima, em outro estudo considera a hipótese de que a imagem corporal e o estigma social percebido seriam prognósticos importantes de ajustamento psicossocial para amputados. O estigma social percebido é a percepção do indivíduo de que outros tem atitudes negativas sobre ele, como consequência de sua deficiência (RYBARCZYK et al, 1995).

Lichtenberger et al (2003) estudaram os sintomas depressivos e imagem corporal entre pacientes em reabilitação cardíaca. Relata que o modelo biopsicossocial de saúde pode ser usado como base para investigar a interface entre componentes psicossociais e fisiológicos de bem estar funcional (que seria o bem estar associado com habilidades para realizar atividades de vida diária). Esse modelo propõe que saúde é uma interface dos sistemas fisiológico e psicossocial, que pode afetar e ser afetado por outros.

Em relação ao componente psicossocial deste modelo citado acima, evidências atuais sugerem que quando adultos encontram ameaças à sua saúde que transgridem as imagens de si mesmos como competentes fisicamente e atraentes, as consequentes alterações em sua imagem corporal podem levar à sentimentos de diminuição da auto estima e aumentar sentimentos de depressão. O autor considera importante estudar a imagem corporal porque pesquisas tem mostrado que entre adultos, pobre percepções de competência física e atratividade são associadas com grandes sintomas depressivos.

Foram estudados por estes mesmos autores acima citados, a capacidade fisiológica funcional que é avaliada através de testes específicos, e o estado fisiológico funcional que é a percepção do indivíduo de sua função fisiológica, através de questionários. Nos resultados obtidos os sintomas depressivos não foram significantemente relacionados com as medidas de funcionamento fisiológico, mas o estado funcional foi significativo ao predizer satisfação com aparência corporal , isto é, neste estudo a percepção dos pacientes de suas capacidades físicas foram muito importantes para sua imagem corporal, se não mais importantes que suas capacidades físicas reais.

Esses resultados sugerem que devem ser feitas intervenções para aumentar a percepção dos pacientes de suas próprias capacidades, embora normalmente os profissionais de

saúde estejam empenhados em melhorar dados clínicos e índices de capacidade funcional, este estudo mostra que as percepções mais positivas de estado funcional são associadas com melhor bem estar psicossocial (LICHTENBERGER et al, 2003).

Outros tipos de patologias foram abordados em estudos sobre as características psicossociais como o investimento na imagem corporal entre pacientes diagnosticados com câncer de pele (melanoma maligno), mostrando o investimento dessas pessoas na imagem corporal e o ajustamento frente à doença, já que é uma doença que pode deixar sequelas e cicatrizes devido à remoção cirúrgica (LICHTENTHAL et al, 2005).

Siösteen et al (2005) investigaram em pessoas portadoras de lesão medular a relação entre a equipe de tratamento e os pacientes. Na verdade os autores estudaram a percepção da equipe sobre os problemas dos pacientes, seus esforços de enfrentamento e bem estar estavam compatíveis com o que era relatado pelos próprios pacientes sob os mesmos aspectos.

Foi demonstrado que a equipe superestimou os aspectos emocionais dos pacientes, assim como problemas familiares e teve a tendência a subestimar a habilidade de enfrentamento e a saúde mental dos pacientes. A equipe foi mais precisa em avaliar sintomas físicos, limitações funcionais e menos precisa em sua percepção dos sintomas não-visíveis. Os autores relatam as seguintes questões abordadas: problemas em geral (familiares, parceiro, pais, amigos, trabalho doméstico), problemas familiares (dificuldades financeiras, relações deturpadas com a família, ser um “fardo”), problemas psicossociais (perda de planos de vida, dependência, sentir-se alienado, evitar contatos sociais, dificuldade em fazer amizade) e problemas emocionais (preocupação, ansiedade, depressão, raiva, vergonha, culpa, cansado da vida).

A ansiedade social é aquela que ocorre devido a preocupação sobre como alguém será percebido pelos outros e inclui ansiedade antecipatória, sintomas cognitivos e somáticos em situações sociais, e foi estudada por Pinto e Phillips (2005) em pacientes com Desordem Dismórfica Corporal ou dismorfo fobia. Essa doença é uma alteração da imagem corporal descrita como uma preocupação excessiva com um defeito imaginário ou relativamente insignificante na aparência física, que pode causar stress clinicamente importante ou prejuízo da vida social e ocupacional (PHILLIPS, 2003). No estudo de Pinto e Phillips (2005) a percepção de

um indivíduo sobre sua aparência física tem sido ligada à ansiedade social. Pessoas que se percebem como não atraentes (mas não necessariamente tem a doença) tendem a ter mais ansiedade social, e imagem corporal negativa está relacionada à grande introversão social.

3.3.1 ASPECTOS AFETIVOS DA IMAGEM CORPORAL NA HEMIPLEGIA

Drench (1994) discute as respostas à mudanças na imagem corporal secundárias à doenças e lesões e explora estratégias de ajustamento para alterações na imagem corporal. Os aspectos sociopsicológicos da imagem corporal formam uma estrutura complexa na qual o indivíduo entende a si mesmo e percebe quanto é entendido por outros. Assim imagem corporal, auto-conceito, identidade e ego são estreitamente relacionados, e a perda ou alteração em um dos fatores pode levar à efeitos deletérios em todo o self.

De uma forma geral, os indivíduos que ficam doentes ou são vítimas de uma lesão experienciam mudanças e perdas, que podem ser perdas de função mental ou física; perdas do nível de independência; de sua identidade e imagem corporal, incluindo interrupção no papel social e profissional. As mudanças graduais no processo da doença permitem uma adaptação gradual e podem ser menos traumáticas psicologicamente do que uma lesão brusca ao corpo, como a que ocorre no AVC. Enquanto que a adaptação à mudanças bruscas da imagem corporal pode ser diferente também para as pessoas que possuem deficiências congênitas (Drench, 1994).

A- Respostas à mudanças na imagem corporal (DRENCH, 1994)

A aceitação da perda pode, de certa forma, ameaçar o ego de forma significativa, então o indivíduo pode se utilizar de formas de defesa do ego para negar ou reprimir o fato de que o problema existe e, na tentativa de manterem o estilo de vida que tinham antes, eles podem se tornarem frustrados ao invés de ajustados às mudanças (DRENCH, 1994). Entende-se por ego “[...] o órgão executivo da psique que controla a motilidade, a percepção, contato com a realidade...” abrange consciente, pré consciente e inconsciente (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

As emoções que estão junto aos fatos da realidade estão sendo reprimidas, e a

negação e repressão podem ser obstáculos para reabilitação em termos de motivação, pois a pessoa pergunta a si mesma porque estaria se exercitando se não tem nada de errado consigo mesma. O paciente pode negligenciar a parte lesada, sentindo que não é uma parte de si mesmo ou que a perda não é importante o suficiente para gerar trabalho que remedie a situação. As reações à alteração na imagem corporal são influenciadas por diversos fatores como perdas prévias, fatores fisiológicos, prognóstico de tratamento e recuperação, modelos de desenvolvimento e atitudes familiares e culturais.

A imagem corporal pode ser vista como a fonte de uma nova identidade do indivíduo como “pessoa doente”, o senso de si é influenciado por alterações na aparência, a crença de que a pessoa tem controle sobre sua própria saúde, a atenção dada ao corpo antes de se tornar doente, a intensidade e a frequência da dor e os efeitos na capacidade sexual, fazem parte de todo um processo de adaptação à uma identidade alterada.

As reações à perda são relacionadas a natureza da alteração e o significado consciente e inconsciente que a pessoa tem do que foi perdido ou mudado. Elas podem responder à perda de diferentes formas, com raiva, depressão, como forma de punição por algo real ou imaginário. Dependendo do grau com que a aparência física é relacionada com auto-estima, a pessoa pode perder mais do que somente o óbvio fator físico. A aceitação da incapacidade física pode ser fortemente resistida porque isso pode representar uma ameaça ao auto-conceito.

O indivíduo com uma lesão pode ter uma figura pré concebida distorcida de um deficiente como inútil, e essas fantasias sobre a estrutura do corpo danificado podem ser piores do que a realidade em si. É importante considerar o tipo e a gravidade da deficiência, se é severamente limitante para os papéis sociais e o estilo de vida que tinham antes.

B- Estratégias de ajustamento (DRENCH, 1994)

Para se recuperar e se ajustar às mudanças na imagem corporal a pessoa tem que passar por um período de luto, que é uma fase necessária para o processo de ajustamento e não deve ser apressada. Até que o sofrimento seja completo o indivíduo não estará apto emocionalmente para aceitar a incapacidade, mesmo se houver um ajustamento físico (DRENCH, 1994).

Entende-se por luto, ou trabalho de luto “o processo intrapsíquico, consecutivo

à perda de um objeto de afeição e pelo qual o indivíduo consegue progressivamente desapegar-se dele”, embora esse processo interior algumas vezes possa fracassar, levando ao luto patológico. A noção de trabalho de luto deve ser aproximada da noção mais geral de elaboração psíquica concebida como uma necessidade para o aparelho psíquico de ligar as impressões traumatizantes (LA PLANCHE E PONTALIS, 1986).

Elaboração psíquica é designar em diversos contextos o trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação ameaça ser patogênica. Consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas. È a transformação da quantidade de energia que permite dominá-la, derivando-a ou ligando-a (LA PLANCHE e PONTALIS, 1986).

Se as mudanças físicas forem interpretadas em termos de capacidades ou trunfos, mais do que comparadas com pessoas sem deficiência, o indivíduo será um forte candidato para se ajustar pessoalmente à deficiência e à reabilitação. Por outro lado, partes do corpo inalteradas podem ser investidas com nova importância até quando a imagem corporal negativa pré -morbidade já existia.e devem ser enfatizados valores não físicos.

O comportamento dos profissionais de saúde envolvidos com pessoas com deficiências devem ser consistentes e ajudar nessa descoberta individual e aceitação de nova realidade da imagem corporal. Dizer à essa pessoa que nada mudou, que as coisas serão as mesmas soa falso e aumenta a atmosfera de desconfiança e não verdade. As coisas mudaram, e alterações no corpo requerem atenção. A pessoa tem que ser reafirmada através de mensagens verbais e comportamentais congruentes para que seu self integral não seja perdido e seus valores como ser humano sejam retidos. São recomendados atividades físicas, esportes adaptados, socialização com outros portadores de deficiência e promoção da auto confiança (DRENCH, 1994).

Encontramos em nossa revisão de literatura alguns estudos sobre **aspectos afetivos relacionados à portadores de hemiplegia**. Estes se relacionam às alterações mais comumente encontradas como a depressão pós acidente vascular cerebral, alterações de personalidade e mudanças na auto-estima.

Starkstein e Robinson (1989) fizeram uma revisão sobre o estado de conhecimento das desordens afetivas na doença cérebrovascular, como depressão e mania. Os

autores relacionam dois tipos de depressão encontrados em pacientes pós AVC: depressão maior e depressão menor. Os sintomas clínicos da depressão maior são: tristeza, ansiedade, tensão, perda de interesse e concentração, distúrbio do sono, perda de apetite e de peso, dificuldade de concentração e pensamento, pensamentos de morte e suicidas. Já os sintomas da depressão menor incluem: tristeza, distúrbio do sono, perda de energia, dificuldade de concentração ou pensamento claro, perda de interesse, atitude pessimista com relação ao futuro, irritabilidade, choro e afastamento social. Existem relações entre a depressão e algumas variáveis, como a lesão física. Os danos agudos pós AVC não parecem ser a causa da depressão, mas uma vez que a depressão ocorra estes danos podem perpetuar os sintomas, que por sua vez interferem na recuperação funcional do AVC. A relação entre o dano intelectual e a depressão é que os pacientes depressivos podem sofrer déficit cognitivo mais severo do que pode ser explicado pela lesão em si. Esses déficits podem durar o mesmo tempo que a depressão, e a melhora dos déficits neuropsicológicos podem ocorrer depois de tratamento medicamentoso com antidepressivos (STARKSTEIN, ROBINSON, 1989).

Em relação a afasia, ela mesma não parece produzir depressão, mas são processos paralelos que coexistem dependendo da localização da lesão e tem sido mais comum encontrar depressão em pacientes com afasia não-fluente (usualmente em lesão lobo frontal esquerdo). As alterações no funcionamento social provavelmente não causam depressão pós AVC, mas uma vez, já com a depressão, danos físicos e intelectuais podem ter um impacto negativo na vida social destes indivíduos(STARKSTEIN, ROBINSON, 1989).

Price (1990) considera a depressão o distúrbio afetivo mais comum após AVC, . A mania é rara, apatia ou alegria desmedida (indevida) estão mais associados com lesão hemisfério direito. Relata que a afasia e distorção visual podem interferir nas formas de avaliação de depressão, assim como o tempo após o AVC, pois a percentagem de depressão é maior de 3-6 meses pós AVC e diminui após 2 anos.

Considera que não estão muito bem conhecidas as causas de depressão pós AVC. A associação de vários fatores tem sido identificadas, e exploradas algumas hipóteses: idade não é um fator importante; estado sócio econômico também não se mostra importante; as limitações sociais tem uma relação complexa e o baixo funcionamento social se mostra mais provável como resultado de depressão do que a causa. A personalidade prévia e características de

humor também interferem e o grau de incapacidade pós lesão tem grande relação com depressão (tamanho da lesão, atrofia cerebral, localização da lesão).

Um outro estudo de Andersen et al (1995) aborda os fatores de risco para que ocorra depressão pós AVC, onde uma ampla população de hemiplégicos foi seguida por 1 ano após a lesão. Os autores consideraram então como fatores de risco: história do AVC (AVC prévio), história da depressão, sexo (maior taxa em mulheres), morar sozinho, stress social antes do AVC, choro patológico, atividades sociais e sua diminuição. Uma associação entre depressão e fatores sociais tem sido reportada em vários estudos. Os pacientes depressivos deste estudo experienciaram maior perda social nos 6 meses precedentes ao AVC. Eles estavam vivendo mais sozinhos na época em que ocorreu a lesão; receberam menos visitas em casa e houve grande diminuição de atividade durante o primeiro ano após AVC.

Esses dados encontrados no estudo de Andersen et al (1995) indicam que diminuição da atividade social é uma causa de depressão, mais do que uma consequência. Os pacientes deste estudo sofriam de doenças predisponentes e portanto já seria menor o índice de atividade social anterior ao AVC. Por outro lado, a queda em atividades sociais pode, por si só, predispor ao AVC. Alertam que a diminuição da vida social predispõe ao AVC e a depressão, e portanto um incentivo à atividade física em comunidade, em grupos de terceira idade, hipertensos, diabéticos e obesos só facilitaria na prevenção e promoção da saúde.

Bruggimann et al (2006) estudaram os sintomas de stress pós traumático em indivíduos que sofreram AVC. Consideram que 20-30% dos pacientes na fase crônica do AVC tem desordens de ansiedade, independente da gravidade de sua patologia. Neste estudo 31% dos pacientes apresentaram Desordem do Stress Pós Traumático, e foi associado com a intensidade com que a experiência do AVC foi experienciada subjetivamente em cada indivíduo e foi acompanhada por estado de ansiedade e depressão.

Nelson et al (1993) mostraram que o conhecimento das mudanças emocionais após lesões cérebro vasculares é importante do ponto de vista clínico, onde a recuperação será melhor se o tipo e o grau de funcionamento emocional for detectado, na melhora da habilidade das famílias para efetivamente enfrentar problemas neurológicos relacionados e ao aumentar a possibilidade que padrões específicos de mudança emocional possam ser controlados.

Este estudo de Nelson et al propôs avaliar sistematicamente as mudanças emocionais pós AVC, obtendo índice de alterações emocionais antes da lesão (prémorbidade) e pós AVC, através de 5 dimensões da personalidade: indiferença (anosognosia ou negação da doença), comportamento inapropriado (bizarro ou não-usual), pragnosia (defeito no estilo de comunicação social), depressão (apatia, retraimento, choro e tristeza) e mania (impulsividade, irritabilidade e euforia). Os familiares enfrentam melhor a situação quando são fornecidas informações sobre o estado psicológico do paciente. É útil para familiares saber que o doente pode estar experienciando uma reação indiferente conseqüente à sua doença, do que simplesmente estar sendo negativo ou agressivo. É importante que os outros entendam as dificuldades do paciente para integração social, pelas suas interações verbais, para não acharem que é uma afronta deliberada (como por exemplo, desligar o telefone sem se despedir..).

Essas interpretações permitem melhor entendimento da natureza precisa do funcionamento emocional pós AVC, propondo uma ligação entre discretas mudanças na personalidade e dano cerebral específico. Estar apto a identificar a etiologia da mudança de comportamento e entender a origem do distúrbio tem mostrado melhora na adaptação cognitiva do paciente para esta situação, para a relação entre paciente e cuidador e motivação para o tratamento (NELSON et al, 1993).

Finlayson (1990) sugere que deve ser dada atenção aos dados neuropsicológicos do paciente em tratamento pós AVC, com treinamentos em domínios cognitivos, que poderiam ter impacto positivo no potencial de reabilitação. Essas medidas devem avaliar capacidades aferentes, eferentes e integrativas cerebrais, como: testes de atenção básica, concentração e memória; habilidades especializadas, incluindo aspectos linguagem expressiva e receptiva e funcionamento visuo-espacial; testes de raciocínio, abstração e solução de problemas.

O problema clínico de mudança de personalidade não tem recebido muita atenção na literatura, embora, segundo Stone et al (2004), seja uma das queixas mais frequentes dos cuidadores e parentes de hemiplégicos pós AVC. Mudança de personalidade é um fenômeno que abrange desordem emocional, alterações na função cognitiva, expressão emocional e comportamento, podendo ocorrer como resultado de dano cerebral, mas também influenciam fatores como stress, personalidade e circunstâncias de mudança de vida. Neste estudo em que

foram avaliados 35 hemiplégicos foi constatado que o cuidador relata mais “mudanças de personalidade “ no paciente do que o próprio paciente a si próprio. Talvez seja porque o cuidador esteja mais estressado por essas mudanças e o paciente menos consciente deste fato. Isso pode ser visto como uma forma de anosognosia emocional e tem suporte na discrepância entre os entrevistados e as auto medidas de stress emocional.

O AVC em adultos jovens como estudou Keppel e Crowe (2000), é frequentemente o resultado de lesões identificáveis e reversíveis, resultando em taxas de sobrevivência e alta probabilidade de retornar à comunidade produtiva. Se alguns indivíduos escapam com déficits não perceptíveis, os efeitos combinados de súbito dano físico e cognitivo, acoplado com processo de recuperação lento e frustrante, frequentemente resulta em distúrbios emocionais.

A depressão associada ao AVC tem sido reportada pelos familiares como mudança emocional mais proeminente durante o estágio agudo de recuperação e pode se tornar mais severa com o tempo, afetando significativamente a qualidade de vida pós AVC. Reações emocionais pós AVC exibem um padrão bimodal, com os doentes expressando sintomatologia depressiva durante o estágio agudo da doença ou mais tarde na recuperação seguindo o processo de reabilitação. Esses achados sugerem que no estágio agudo de recuperação pós AVC, fatores estruturais e neuroquímicos podem exercer um papel dominante em distúrbios do humor, com déficits cognitivos e físicos e fatores psicossociais, tornando-se influências importantes conforme o tempo passa.

Vítimas de AVC tem sentimentos de isolamento e rejeição com oportunidades sexuais reduzidas, ocorre um grande detrimento na frequência e duração do intercurso sexual. Este declínio não parece somente estar relacionado ao lado ou local da lesão, e a severidade da paralisia ou outras doenças arteriais, é associada também com a perda da sensação do toque. A mudança de atitude dos parceiros e esposas perante os parceiros afetados tem uma importante influência na intimidade, que declina na atividade sexual mais associada com atitudes não realistas e super protecionistas ou à percepção de que o paciente é mais infantilizado como consequência do AVC (KEPPEL e CROWE, 2000).

Os autores citados acima examinaram o efeito percebido pelo paciente de AVC na imagem corporal e auto estima, com 40 hemiplégicos, abaixo de 60 anos com o primeiro

AVC, sem seqüela anterior. Os resultados encontrados foram que auto estima global, física e pessoal foram significativamente afetadas após AVC. Os scores na auto estima física e global indicam que cada sentimento bom sobre nosso corpo faz as pessoas se sentirem bem sobre elas mesmas, e geralmente influencia o jeito que a pessoa sente seus aspectos físicos específicos, claramente a imagem corporal e auto estima física e global estão intimamente relacionadas.

Os adultos jovens hemiplégicos demonstram se importar com atributos físicos e sua perda ou dano traz sentimentos de inferioridade, reduz orgulho próprio e respeito à si mesmo (KEPPEL e CROWE, 2000).

Davidhizar (1997) escreve que a “deficiência não deve ser um sofrimento que nunca termina”, e sugere um guia para profissionais de saúde e envolvidos com pessoas com deficiências para ajudar no processo de ajustamento à incapacidade:

- Incentivar os pacientes a expressarem os sentimentos que estão experienciando, pois ajudará no alívio e no suporte de outros , o que facilita o processo de enfrentamento
- Não fazer promessas ou dar falsa sensação de tranquilidade sobre a recuperação
- Demonstrar empatia pelos sentimentos do paciente
- Estar consciente das diferenças culturais na maneira dos pacientes lidarem com a situação
- Informar os pacientes sobre a deficiência e o tratamento
- Ajudar a estruturar uma rede de suporte (família, amigos, profissionais)
- Orientar na recolocação profissional
- Cultivar uma visão positiva e realista da vida
- Incentivar uma imagem corporal positiva

Aspectos sociopsicológicos da imagem corporal formam uma estrutura complexa através do qual as pessoas entendem e percebem a si mesmos e o quanto são entendidos por outros. Como a imagem corporal, auto conceito, identidade e ego são estreitamente associados, a perda ou alteração em um desses fatores pode produzir efeitos deletérios no self com um todo. Pessoas envolvidas com reabilitação tem que ajudar os pacientes a se ajustar e aceitar alterações na imagem corporal facilitando o processo de sofrimento, ajustamento à perda, ansiedade e depressão e fortalecendo-os. Maximizando as capacidades dos pacientes podemos melhorar sua imagem corporal, satisfação na vida e sentimento de

normalidade, aumentando o número de atividades que ele realizam bem e reduzindo aquelas que não fazem muito bem pode melhorar seu funcionamento e atitude mental (DAVIDHIZAR, 1997).

3.3.2 ASPECTOS SOCIAIS DA IMAGEM CORPORAL NA HEMIPLEGIA

O corpo humano, entre tantas outras funções é um objeto social diz Cash e Fleming (2002). A aparência física nos identifica dentro de um mundo social, e traz informações básicas como gênero, raça, idade aproximada e até mesmo informação sócio econômica e ocupacional. Com propósito de comunicação social, o ser humano tem alterado e adornado sua aparência externa através da história e das culturas, porém, seja devido à socialização cultural ou ao processo de evolução, o grau de atratividade física de um indivíduo pode de certa forma moldar suas experiências pessoais e interpessoais através da vida.

A auto percepção da aparência física e imagem corporal influencia a dinâmica e a experiência social, nós não necessariamente nos vemos como os outros nos vêem, e as pessoas atraentes fisicamente não estão necessariamente satisfeitas com sua aparência. Independentemente das características físicas de uma pessoa, suas próprias percepções, crenças e sentimentos sobre sua aparência determinam como ela acredita que os outros a vêem. Então uma imagem corporal positiva facilitaria a confiança e o conforto social, enquanto a imagem corporal negativa pode trazer inibição social e ansiedade (CASH e FLEMING, 2002).

Nossas interações sociais fazem parte do processo pelo qual formamos atitudes, crenças ou uma imagem sobre nós mesmos. De certa forma, a internalização da forma que somos avaliados socialmente interfere no desenvolvimento da imagem corporal. As influências sociais na formação da imagem corporal são interativas e recíprocas, enquanto o feedback social, sem dúvida, molda a visão dos indivíduos sobre sua aparência, suas crenças e comportamentos podem influenciar também o feedback que recebem (CASH e FLEMING, 2002).

As alterações decorrentes de um AVC fazem desta uma doença invalidante ,

repercutindo-se a nível físico, psíquico e social como vimos anteriormente e diminuindo a qualidade de vida não só do paciente como no sistema familiar. Ocorrem modificações e adaptações de cada um e de todos os membros que participam das interações dentro da família ou com o meio extra familiar.

Oliveira (1995) propôs verificar se a capacidade de adaptação psico-social do hemiplégico se relaciona com seus comportamentos reativos à situação de doença. Esta capacidade de adaptação não é específica de uma situação determinada, mas sim da pessoa em questão, é algo próprio de cada indivíduo, inerente aos seus mecanismos mentais e que foi construído ao longo de sua vida. O autor estudou também se existe de fato uma relação significativa entre o nível de adaptação psico-social do doente antes da ocorrência do AVC e o seu nível de adaptação psicossocial depois da recuperação das seqüelas funcionais consequentes. Em 32 hemiplégicos, pós AVC foram aplicados alguns instrumentos de avaliação e foram utilizadas informações de familiares, sobre o período pré AVC e pós AVC.

O autor conclue que um elevado número de hemiplégicos, com mais de um ano de evolução, que apresentam comportamentos face à doença menos adequados, normalmente apresentam-se com sintomatologia depressiva e de ansiedade. Apesar de já terem estabilizado sua evolução funcional, grande número de hemiplégicos continuam a centralizar suas atenções e preocupações nesta doença, descuidando e negligenciando qualquer outra questão de saúde, familiar e social. Fica constatado que para a vítima de AVC, o instante em que passa a ser hemiplégico constitui um marco em sua vida, implicando alterações na maneira de estar, na forma como convive e age em seu meio social e familiar, passa a ser um momento de referência que permite comparar em múltiplos aspectos da sua adaptação psicossocial o “antes” e o “depois” do AVC (OLIVEIRA, 1995).

A escolaridade dos sujeitos neste estudo de Oliveira é um fator relevante e é capaz de influenciar os níveis de adaptação, mais do que a idade, sexo ou lado cerebral da lesão. Os comportamentos que apresentam frente à situação de doença parecem estar relacionados com a forma como os sujeitos se comportam perante as circunstâncias do meio ambiente e como se relacionam com outras pessoas. Há também uma relação significativa entre a maneira como o doente se adapta em termos psíquicos e sociais, antes e depois da doença. Aqueles que anteriormente já tinham dificuldades em se adaptar às diferentes circunstâncias da vida em geral, são aqueles que agora lidam de uma forma menos eficaz e mais problemática com os novos

obstáculos provenientes da seqüela (OLIVEIRA, 1995).

Com a melhoria da tecnologia e o tratamento na época em que ocorreu o AVC, tem diminuído a mortalidade e prolongado a sobrevivência, mas a incapacidade que é deixada como seqüela ainda é uma grande preocupação da saúde. Assim como a severidade da incapacidade, o fator social é determinante da qualidade de vida independente do hemiplégico. Com relação a vida independente, o estado civil tem influência para o homem, pois o fato de ser solteiro é um fator que predispõe à institucionalização (KELLY-HAYES e PAIGE, 1995).

Para a mulher é o fato de ter idade avançada e um grau alto de incapacidade residual e baixa escolaridade. A avaliação da família do paciente e os sistemas de suporte social são importantes para atingir a última meta da reabilitação: o retorno dos pacientes à comunidade.

O suporte social adequado tem influência positiva na recuperação dos hemiplégicos, mas a dificuldade está em definir suporte social adequado, o qual depende da personalidade do paciente e como é essa interação. Muito suporte social resulta em superproteção e o paciente pode estar sendo subestimado e, neste caso, os pacientes que vivem sozinhos podem até se sair melhor. Os sistemas de suporte social podem ser estendidos educando familiares, cuidadores e pacientes sobre o processo normal de recuperação, oferecendo treinamento para facilitar aos cuidadores e viabilizar o processo de reabilitação. O reestabelecimento de uma qualidade de vida funcional é fundamental para esse retorno à vida social, pois as atividades de socialização fora de casa e o tempo de lazer foram dramaticamente afetados devido ao AVC e ao tempo de recuperação (KELLY-HAYES e PAIGE, 1995).

Holbrook (1982) acompanhou 92 hemiplégicos por um período de até 3 anos pós AVC, avaliando fatores psicossociais, e relata que o AVC é um problema familiar, interrompe, perturba a vida da família, os padrões de trabalho, situação financeira e estilo de vida em geral. Relaciona alguns fatores sociais que sofrem intervenção devido à essa doença:

- Emprego: pacientes com déficit leve, vivendo com um mínimo de incapacidade
- residual conseguem voltar ao emprego, e alguns desistem ou porque sofrem novo AVC ou porque não conseguiram superar as dificuldades. Aqueles com seqüelas mais incapacitantes não conseguem retornar ao trabalho. Os cônjuges também tem problemas no trabalho, para cuidar do doente ou desistir do trabalho, e então a queda do aspecto

financeiro é considerável.

- Moradia: conforme o grau da seqüela fica relativamente difícil se manterem na mesma moradia. Aqueles que viviam sozinhos e acabam tendo que morar com mais alguém da família ou instituições.
- Mobilidade fora de casa: a pessoa com seqüela de AVC certamente diminui a mobilidade de qualquer família, principalmente se o conjuge não dirige, e afeta com certeza a mobilidade do hemiplégico então, muitos pacientes do estudo conseguem sair apenas uma vez por semana para centros de tratamento ou grupos, levados por voluntários ou parentes.
- Uso de serviços sociais e comunitários: os centros de reabilitação são imprescindíveis na recuperação desses indivíduos, porém muitos pacientes relatam que frequentar esses lugares é uma confirmação de sua incapacidade e inutilidade. Aqueles que estão aptos à voltar para seus clubes e grupos que frequentavam antes do AVC são incentivados à isso, mas o problema principal é a acessibilidade do local e o transporte (HOLBROOK, 1982).

Santus (1990) coloca que, embora as metas do programa de reabilitação para hemiplégicos incluam a recuperação da função perdida, marcha e auto suficiência, estas não podem ser as únicas medidas do sucesso terapêutico. Mais atenção deve ser dada aos aspectos psicossociais da reabilitação. A família é uma fonte natural de suporte para o hemiplégico e exerce influência sobre sua melhora funcional, promovendo companheirismo e oportunidade para vida normal. Os programas de reabilitação não devem ser direcionados somente para a melhora funcional, mas também educando a família e a sociedade. Para ser efetivo, o programa deve abranger a vida como um todo, incluindo equilíbrio físico, psicológico, social e integração familiar.

Este estudo de Santus (1990) investigou o nível alcançado de integração familiar e social após 1 ano em hemiplégicos em acompanhamento fisioterápico. Foi encontrado que mais de 1/3 dos pacientes teve sintomas de depressão, que foi significativamente correlacionada com déficit cognitivo, nível de autonomia funcional, integração social e familiar. Apesar do esforço das famílias, 57,9% dos pacientes tiveram problemas na integração social.

Santus (1990) conclui que bons resultados com hemiplégicos podem ser obtidos somente através de abordagem multidisciplinar implicando em atenção para condição mental,

física, social e familiar. A função física deve ser recuperada através de programa de reabilitação apropriado e as condições de saúde devem ser melhorada por tratamento adequado. A estimulação cognitiva através do desenvolvimento de interesses culturais e sociais é importante para esses pacientes, assim como o suporte de informação para suas famílias.

Após o AVC há uma redução das atividades físicas e de lazer, que é mais marcante aos 3 meses pós ictu. Segundo Astrom et al (1992), em 1 ano muitos pacientes estão mais uma vez engajados em fazer alguma atividade como reparos em casa, ou uma pequena viagem de fim de semana. Após 1 ano o padrão de atividade de lazer permanece essencialmente inalterado. Pacientes que não tinham retomado atividade física, como por exemplo caminhada, aos 3 meses, não o fizeram mais tarde. Aos 3 meses pós AVC, a proporção de pacientes que tiveram contato com outros que não o cônjuge, como vizinhos, amigos e parentes foi significativamente reduzido neste estudo, enquanto que sua interação com crianças permaneceu quantitativamente inalterada.

Os autores tiveram como objetivo identificar fatores mentais, funcionais e sociais associados com baixa qualidade de vida após AVC. Foram descritos importantes determinantes de satisfação de vida (qualidade de vida) antes e após 3 meses AVC e comparado com a população idosa em geral. Indivíduos com 3 anos pós AVC tiveram mais sintomas psiquiátricos, habilidade funcional diminuída e uma pronunciada redução na satisfação com a vida. A desintegração social foi significativamente associada com redução na satisfação de vida global, a falência para manter ou reestabelecer laços sociais exceto aqueles com a família mais próxima, provavelmente é um importante determinante na baixa satisfação de vida pós AVC (ASTROM et al, 1992).

O bem estar psicossocial foi associado com integração social, as funções de atividade de vida diária (AVDs), assim como a maioria dos sintomas neurológicos mudaram pouco após 3 meses, enquanto que os sintomas psiquiátricos continuam em mudança. Os sintomas de ansiedade foram gradualmente reduzidos com o tempo, enquanto problemas para dormir e depressão maior diminuíram no intervalo de 3 meses à 1 ano. Durante este período os contatos sociais e tempo de lazer foram retomados e houve melhora na qualidade de vida. A rede social do paciente é aparentemente estável antes do AVC, mas esse importante recurso para o bem estar acaba deteriorando após a doença, o que acaba deixando o parceiro(a) e os filhos com

uma carga excessiva de cuidados e atenção. O suporte e a intervenção psicossocial imediatos e através dos anos seguintes são importantes para prevenir a redução permanente da satisfação de vida para hemiplégicos e familiares (ASTROM et al, 1992).

Um dos maiores questionamentos do hemiplégico em período de reabilitação é sobre a possibilidade de voltar a dirigir veículos, segundo Smith, Edelstein e Rabaldi (2006), o que interfere em sua interação e vida social. Dirigir é uma tarefa complexa que requer uma combinação de habilidades motoras, perceptuais, visuais, sensoriais e cognitivas para uma performance adequada. Como um dos objetivos do processo de reabilitação é auxiliar o paciente no maior grau de independência, os autores sugerem que a avaliação da capacidade de dirigir faça parte do planejamento de alta do processo de recuperação, levando em consideração e identificando os pacientes apropriados para retornarem a dirigir em segurança.

Estes autores sugerem que o médico já pode identificar quais pacientes terão possibilidade de participar de uma avaliação de direção baseados em seu exame neurológico. E os pacientes com maior probabilidade de conseguir voltar a dirigir são aqueles com campo visual normal e déficit discretos cognitivo e físico (SMITH, EDELSTEIN, RABALDI, 2006).

Feibel e Springer (1982) estudaram a relação entre depressão e a dependência ou independência física em atividades de vida diária e mobilidade, e a extensão do AVC na retomada das atividades sociais prévias à doença. A independência física nas AVDs e mobilidade foram determinadas por escalas de avaliação, e os pacientes são considerados “independentes”, se eles estão aptos para deambular através de um cômodo, sem ajuda, e são independentes em AVDs ou requerem mínima assistência em vestuário ou banho.

O estado de depressão foi determinado pela observação dos profissionais de saúde, do humor, comportamento e queixas somáticas (perda peso e insônia) e o número de atividades sociais nas quais o paciente participava antes e depois do AVC. Algumas categorias de atividades sociais foram usadas para medir ajustamento psicossocial ao AVC: trabalho, hobbies ou esportes, passatempos, atividades comunitárias (igreja ou outras) e socialização com família e amigos (restaurantes, compras, visitas em sua casa, ou receber amigos).

Os autores constataram que mudança de residência (de casa para instituição) está associado com depressão em 37% dos casos, mas a correlação mais significativa de depressão

foi com perda de atividades sociais medida como porcentagem de atividades pré AVC, demonstrando que deficiência psicossocial, definida por falha em resgatar atividades sociais prévias, ocorre em sobreviventes de AVC, mas que não necessariamente significa uma relação causal. As atividades reduzidas, solidão, percepção da perda de saúde, diminuição da habilidade para usar transporte, perda nos papéis sociais interagem com isolamento social reforçando um ao outro.

4 DISCUSSÃO

Discutiremos os autores que julgamos relevantes, e abordaremos a imagem corporal e deficiência física, os aspectos neurológicos da imagem corporal na hemiplegia, aspectos psicossociais e alguns fatores relacionados ao processo de reabilitação do hemiplégico.

Vemos na pesquisa sobre imagem corporal e hemiplegia um caráter interdisciplinar, como nos fala Merleau-Ponty (1994), Cash e Pruzinsky (2002) e Tavares (2003), ao abordar de forma mais abrangente as relações do ser humano com suas possibilidades de movimento e suas limitações. Procuramos em nossa pesquisa obter fundamentação teórica para discussão de um assunto relevante para as áreas de educação física, fisioterapia, psicologia e ciências médicas.

Profissionais que trabalham com o corpo do outro, e que muitas vezes utilizam durante essa intervenção o seu próprio corpo, em uma interação, apresentam quase sempre o conhecimento intuitivo e vivencial das questões que envolvem a relação da imagem corporal com as deficiências sensoriais e motoras. No entanto, muitas vezes as referências teóricas poderiam contribuir de maneira significativa para clarear estas questões e possivelmente abrir novas perspectivas de “olhar” para as relações humanas e suas interações.

Tavares (2003) escreve que nosso corpo pode ser visto sob vários aspectos (afetivos, fisiológicos e sociais), que se relacionam ao longo da vida, mediante o processo de perceber. Este corpo possui memória, história e identidade, e é a representação desta identidade corporal que chamamos imagem corporal. Esta imagem corporal reflete no modo como nos colocamos no mundo. É a partir do contato com nosso corpo que conhecemos o mundo que nos rodeia. Devido a este contato nosso corpo se modifica. Percebendo essas modificações, nos conhecemos melhor e nos desenvolvemos como pessoa.

Podemos dialogar com Merleau-Ponty (1994):

Nós reaprendemos a sentir nosso corpo, reencontramos, sob o saber objetivo e distante do corpo, este outro saber que temos dele porque ele está sempre conosco e **porque nós somos corpo**. Da mesma maneira, será preciso despertar a experiência do mundo tal como ele nos aparece enquanto estamos no mundo com nosso corpo. Mas, retomando assim o contato com o corpo e com o mundo, é também a nós mesmos que iremos reencontrar, já que, se percebemos com nosso corpo, o corpo é um eu natural e como que o sujeito da percepção. (MERLEAU-PONTY, 1994, p.278)

Damásio (2000) fala da nossa atenção a nós mesmos enquanto estamos em ação como básica para a construção do “eu”. É a partir de nossas reações corporais que criamos o mundo que vemos e com o qual nos relacionamos e é a partir da atenção às nossas reações ao mundo que conhecemos a nós mesmos. Através de nossa “visão interna” vemos a nós mesmos e ao mundo sempre, um só existe na relação com o outro. Neste sentido a falta da consciência do corpo faz com que estejamos em contato com apenas uma pequena parte de nosso ser e do mundo.

Em concordância com Merleau-Ponty (1994), Damásio (2000) e Tavares (2003) enfatizamos a importância do auto-conhecimento e da consciência corporal em todos os seres humanos, porém com grande ênfase ao objeto de nosso estudo; os indivíduos com hemiplegia. O contato com nosso corpo e a percepção que temos dele interferem em nossa vivência no mundo e em nossas relações. Em pessoas sem nenhuma alteração de sensibilidade ou motora essa vivência corporal pode ser desconexa, então podemos dimensioná-la para um ser que não sente metade de sua estrutura corporal. Esta desconexão com seu corpo, ou falta de consciência corporal pode fazer com que as pessoas não entrem em contato de forma integrada de seu ser com o mundo. E como refere Damásio (2000) a seguir; grande parte de nossos acontecimentos e emoções na vida acontecem em nosso corpo e as interpretações que fazemos disso dependem dessa integração.

Damásio enfatiza que nosso próprio organismo é utilizado como referência de base para as interpretações que fazemos do mundo que nos rodeia e para a construção do permanente sentido de subjetividade que é a parte essencial de nossas experiências.

[...] o amor, o ódio e a angústia, as qualidades de bondade e crueldade, a solução planejada de um problema científico ou a criação de um novo artefato, todos eles têm por base os acontecimentos neurais que ocorrem dentro de um cérebro, desde que esse cérebro tenha estado e esteja neste momento interagindo com o seu corpo. **A alma respira através do corpo, e o sofrimento, quer comece no corpo ou numa imagem mental acontece na carne.** (DAMÁSIO, 2000, p.18)

Como citamos anteriormente em “Imagem Corporal e Deficiência Física”, Shontz (1990) relata que quando a imagem corporal sofre um distúrbio, o “eu” também sofre, e vale o oposto, pois experiência corporal trabalha junto com o “eu”, e podemos muitas vezes presenciar em nossa prática na área de reabilitação que a hemiplegia pode causar uma alteração

importante na experiência corporal dos indivíduos afetados, podendo afetar então o “eu”, a identidade corporal destas pessoas.

Cash e Pruzinsky (1990) também nos falam que a imagem do corpo é uma experiência subjetiva e altamente personalizada e enfatizam que a experiência corporal tem sido vista como construção fundamental para o entendimento do funcionamento humano.

Porém embora a experiência corporal seja diretamente afetada pela incapacidade, o impacto de seus efeitos não são sempre negativos e as reações à instalação de uma deficiência física podem variar extremamente de um indivíduo para outro, e não necessariamente significam um resultado catastrófico. Segundo Shontz (1990) de todos os fatores que afetam a vida de um deficiente, a deficiência em si é somente um deles, e não necessariamente o maior. **“As pessoas são notoriamente adaptativas”** (SHONTZ, 1990).

Com relação a isso Cash e Pruzinsky (1990) escrevem que a impressão subjetiva individual ou a experiência corporal de cada um, não é necessariamente congruente com a realidade física dessa pessoa, alguns podem referir uma experiência subjetiva muito mais negativa do que realmente se apresenta na realidade e por outro lado, pessoas que apresentam incapacidades físicas reais podem nem sempre relatar experiências subjetivas negativas, mas até melhores do que realmente o são na realidade.

Damásio (2002) afirma que a sobrevivência e a regulação da vida, em um ambiente complexo, dependem de executar a ação certa e que isto pode ser feito de maneira melhor se houver intencionalmente uma antevisão e a manipulação de imagens na mente, em conjunto com um ótimo planejamento. Parece que aqui encontramos uma relação com aquisição de experiências anteriores vivenciadas e armazenadas que são requisitadas e selecionadas, sempre que necessário, podendo ser ampliadas à medida que novas situações vão surgindo e sendo solucionadas. O autor deixa claro que as imagens nos permitem inventar novas ações a serem utilizadas na solução de situações inéditas e planejar possíveis ações futuras. Fala que a fonte da criatividade é a capacidade de transformar e combinar imagens de ações e cenários.

O quadro que estou estabelecendo para os seres humanos é o de um organismo que surge para a vida dotado de mecanismos automáticos de sobrevivência a ao qual a educação e a aculturação acrescentam um conjunto de estratégias de tomada de decisão socialmente permissíveis e desejáveis, os quais, por sua vez, favorecem a sobrevivência- melhorando de forma notável a qualidade dela- e servem de base à construção de uma pessoa.(DAMÁSIO, 2000, p.154)

Concordamos com Cash e Pruzinsky (1990), Shontz (1990) e Damásio (2002) sobre a capacidade do ser humano de se adaptar às diversas situações, desde as mais simples até as mais extremas e complexas situações. Os indivíduos com hemiplegia, mesmo afetados com uma grande incapacidade motora e sensitiva muitas vezes podem reagir de forma bastante positiva frente ao processo de recuperação e evoluir de forma satisfatória, e isso não necessariamente tem relação com testes específicos de habilidades e capacidades, mas tem grande relação com a subjetividade de cada um, sua experiência corporal, suas vivências anteriores e sua história.

Um tema recorrente encontrado em nossa pesquisa foi a **anosognosia**. Já definida em nosso trabalho por diversos autores como: Fisher (1970), Frederiks (1985), Ramachandran (1998), Damásio(2000, 2002), como “negação ou não reconhecimento da doença”. Isto é, um indivíduo estar lesado e com uma alteração importante em seu corpo e não ser capaz de se conscientizar ou entrar em contato com essa falha, essa alteração.

A incidência da anosognosia entre pacientes vítimas de AVC tem permanecido relativamente a mesma nos últimos 10-15 anos: entre 20-30%, podendo chegar até 44%, segundo os autores estudados: Levine (1991), Starkstein (1992) , Vuilleumier (2004), Pia (2004) e Baier e Karnath (2005). E como é praticamente impossível prever ou prevenir quais seqüelas um AVC poderá deixar, enfatizamos a importância de serem ampliados os estudos qualitativos e quantitativos sobre anosognosia, que é um fenômeno complexo e heterogêneo e sua relação íntima com a imagem corporal destas pessoas.

Afirmamos juntamente com os seguintes autores: Small e Ellis (1996), Hartman-Maeir et al (2001), Jehkonen et al (2001), Appelros et al (2002), Marcel et al (2004), e Pia et al (2004), que a anosognosia está associada à demora no processo de reabilitação e à sua ineficácia.

Em nossa experiência profissional, constatamos várias vezes momentos de agressividade dos pacientes para com o terapeuta, por não entenderem “o por quê” de estarem sendo submetidos a um tratamento, sendo que se consideravam “sãos”, que não possuíam nenhum déficit e estavam sendo “obrigados” a realizar determinados movimentos pelos quais não viam necessidade nem objetivo. É um momento delicado em um processo terapêutico, que deve ser lidado com acompanhamento próximo dos familiares para que possam receber orientações sobre anosognosia e como devem proceder em casa para melhor auxiliar este indivíduo a passar

por esta situação, a qual pode ser transitória ou permanecer definitiva.

O processo de reabilitação se torna mais difícil e complexo na presença de anosognosia, pois acontece com menor grau de cooperação e participação do paciente.

Os anosagnósicos negam a paralisia e portanto quando questionados afirmam que podem movimentar o membro superior paralisado. Ramachandran e Blakeslee (2004) relatam um fato interessante, que o paciente avaliado por eles afirma de forma veemente que está mexendo seu braço esquerdo e quando é ordenado que bata palmas ele responde que está realizando a atividade, então os autores questionam: qual é o som de uma só mão batendo palmas? Esses indivíduos apresentam confabulações de que estão realizando o movimento sugerido.

Na verdade, o motivo porque a anosognosia é tão intrigante é que consideramos o “intelecto” de caráter primordialmente proposicional – isto é, certas conclusões derivam indiscutivelmente de certas premissas – e geralmente se espera que a lógica proposicional seja internamente coerente. Ouvir uma paciente negar a propriedade de seu braço e contudo, no mesmo instante, admitir que este está ligado ao seu ombro é um dos fenômenos mais desconcertantes que se pode encontrar como neurologista. (RAMACHANDRAN, BLAKESLEE, 2004, p.175).

Os autores acima afirmam que a negação do paciente com anosognosia é profunda, está ancorada no fundo de sua psique. Mas, embora fascinante de observar, eles ressaltam que é uma grande fonte de frustração e preocupação prática para os parentes do paciente, embora em teoria não os seja para o próprio paciente. Questionam se como os pacientes tendem a negar as consequências imediatas da paralisia, será que também negam suas consequências remotas, o que irá acontecer na próxima semana, mês, ano? Ou, no fundo de suas mentes, têm uma vaga consciência de que algo está errado, de que estão incapacitados?

Os resultados encontrados por Ramachandran e Blakeslee (2004) demonstram que os pacientes reagem como se estivessem completamente inconscientes de quão profundamente a paralisia iria afetar suas vidas futuras.

Assim, é óbvio que não está simplesmente sofrendo de mera distorção sensorial/motora – uma falha em atualizar sua imagem corporal (embora este seja um grande componente de sua doença). Pelo contrário, toda a gama de crenças sobre si mesmo e seus meios de sobrevivência foi radicalmente alterada

para se acomodar à atual negação. Felizmente, tais delírios podem frequentemente ser considerados um conforto para estes pacientes, embora sua atitude entre em conflito direto com um dos objetivos da reabilitação – restaurar o discernimento do paciente sobre sua situação. (RAMACHANDRAN, BLAKESLEE, 2004, p.352).

E complementam:

O “modelo” de negação que examinamos antes proporciona uma explicação parcial tanto para as formas sutis de negação em que todos nos envolvemos, quanto para os veementes protestos de pacientes de negação. Baseia-se na idéia de que o hemisfério esquerdo tenta preservar a todo custo uma visão coerente do mundo, e , para fazê-lo bem , às vezes tem de fechar a entrada de informação que seja potencialmente “ameaçadora” à estabilidade do eu, da individualidade. (RAMACHANDRAN , BLAKESLEE, 2004, p. 196).

Os autores citados acima reforçam novamente em seu trabalho a utilização por pacientes de anosognosia, das defesas psicológicas propostas por Freud e o papel central que desempenham na natureza humana: negação, repressão, formação de reação, racionalização, humor e projeção.

Propoem ainda neste livro, uma situação inovadora ; uma associação entre anosognosia e a anorexia nervosa, dizendo que nesta última os pacientes tem distúrbio de apetite, mas também se iludem sobre sua imagem corporal, afirmando realmente “ver” sua imagem no espelho como “gordas”, ou “acima do peso”, enquanto nítidamente são vistas por outras pessoas como grotescamente magras. Seria o distúrbio de apetite (ligados aos centros de saciedade no hipotálamo) primordial, ou a distorção da imagem corporal a causa do problema de apetite? Isto é , poderia o distúrbio sensorial de fato provocar mudança em seu sistemas de crenças ? Como ocorre na anosognosia e no distúrbio de desatenção (negligência) que uma deformação ocorre em suas crenças para se acomodar à imagem corporal distorcida.

Podemos pensar diante dessas colocações de Ramachandran e Blakeslee (2004) o quão complexo e multifatorial é o processo da anosognosia, e como não podemos menosprezar sua presença em um quadro de hemiplegia... E mais ainda, o quanto ainda estamos “vagando no escuro” para encontrar melhor forma de tratamento, ou pelo menos nos conscientizarmos, enquanto profissionais da saúde, que temos obrigação de conhecer a fundo estes aspectos que podem ser encontrados na pessoa com hemiplegia.

Fisher (1970) relata em seu trabalho intitulado “Body experience in fantasy and

behavior” diversos estudos sobre anosognosia, considerando a complexidade do tema e dos eventos associados à experiência corporal que podem ocorrer em um indivíduo. Considera anosognosia uma distorção do esquema corporal, porém considerando esquema corporal como não tendo localização específica no cérebro.

Em consonância com Fisher, está Merleau-Ponty (1994):

[...] Da mesma maneira, meu corpo inteiro não é para mim uma reunião de órgãos justapostos no espaço. Eu o tenho em uma posse indivisa e sei a posição de cada um de meus membros por um esquema corporal em que eles estão envolvidos.(MERLEAU-PONTY, 1994, p.144)

E continua:

Não basta dizer que meu corpo é uma forma, quer dizer, um fenômeno no qual o todo é anterior às partes. Com tal fenômeno é possível? É que uma forma, comparada ao mosaico do corpo físico-químico ou àquele da cinestesia, é um novo tipo de existência. Se, no **anosognóstico**, o membro paralisado não conta mais no esquema corporal do paciente, é porque esquema corporal não é nem o simples decalque nem mesmo a consciência global das partes existentes do corpo, e porque ele as integra a si ativamente em razão de seu valor para os projetos do organismo. (MERLEAU-PONTY, 1994, p.145)

Damásio (2000) descreve detalhadamente a anosognosia e considera que os anosognósticos são incapazes de aproveitar a informação que recebem do corpo, não conseguem atualizar a representação de seus corpos e, reconhecer, de forma imediata e automática por meio do sistema somatossensorial, que a realidade de sua situação corporal se alterou. Eles formam uma imagem mental de como eram seus corpos antes da doença ter se instalado, e essa imagem se encontra agora desatualizada. Como o corpo estava bem, é assim que o descrevem quando interrogados. O autor baseia-se na noção de sentimento de fundo para explicar a anosognosia.

Sentimentos de fundo são o que Damásio considera os que não tem origem nas emoções, os estados corporais de “fundo” (background), não são demasiados positivos, nem negativos, agradáveis ou desagradáveis, correspondem aos estados do corpo que ocorrem entre as emoções.” O sentimento de fundo é a imagem da paisagem do corpo quando esta não se encontra agitada pela emoção” (DAMÁSIO, 2000, p.181).

O estado de fundo do corpo é continuamente apreciado e por isso, gostaríamos muito de saber o que sucederia se, de repente, ele desaparecesse; se nos perguntassem como nos sentimos e descobríssemos que nada sabemos sobre nosso estado de fundo; se , ao doer-nos uma perna, o desconforto assim sentido fosse uma percepção isolada, solta na mente, em vez de ser uma sensação integrada na imagem de um corpo a cuja totalidade temos fácil acesso. É sabido que mesmo a suspensão muito mais simples e relativamente circunscrita da propriocepção, que pode ser provocada por uma doença os nervos periféricos, origina uma ruptura profunda dos processos mentais. **Será de esperar, então que uma perda ou modificação mais geral da sensação bem radicada do estado do corpo geral cause um distúrbio ainda maior, e é isso que efetivamente acontece.** (DAMÁSIO, 2000, p.183)

Assim como Damásio (2000) que fala da subjetividade, individualidade, consciência, Ramachandran e Blakeslee (2004) também questionam, o que é o eu, a pessoa, a individualidade? O que causa a unidade da minha experiência consciente? O que significa querer uma ação? E relatam que conversar com os pacientes com anosognosia pode ser uma experiência interessante, pois eles oferecem uma oportunidade única para abordar experimentalmente esses enigmas filosóficos aparentemente inabordáveis.

Por exemplo, é claro que o conceito abstrato que se faz de si mesmo também precisa ter acesso às partes “inferiores” do sistema, para que a pessoa possa reconhecer ou se responsabilizar por diferentes fatos relacionados com a individualidade: estados do corpo, movimentos do corpo e assim por diante (exatamente como você afirma “controlar” seu polegar quando está pedindo uma carona, mas não o seu joelho, quando eu bato no tendão com meu martelo de borracha). **A informação em memória autobiográfica e a informação sobre a imagem corporal precisam ser acessíveis ao conceito pessoal, para que pensamento e discurso sobre o indivíduo sejam possíveis.** No cérebro normal há vias especializadas que permitem que ocorra este acesso, mas quando uma ou mais destas vias são danificadas, o sistema tenta fazê-lo de qualquer forma, e resulta a confabulação. Por exemplo, na síndrome da negação não há nenhum canal de acesso entre informação sobre o lado esquerdo do corpo e o conceito que o paciente tem dele mesmo. Mas o conceito pessoal é montado para tentar automaticamente incluir essa informação. **O resultado líquido disso é a anosognosia ou síndrome da negação; a individualidade “supõe” que o braço está bem e “preenche” os movimentos daquele braço.** (RAMACHANDRAN , BLAKESLEE, 2004, p.317).

Ainda sobre anosognosia nos relata Merleau-Ponty:

Ser corpo, nós o vimos, é estar atado a um certo mundo, e nosso corpo não está primeiramente no espaço: ele é no espaço. Os anosognósicos que falam

de seu braço como de uma “serpente” longa e fria não ignoram, propriamente falando, seus contornos objetivos e, mesmo quando o doente procura seu braço sem encontrá-lo ou o amarra para não perdê-lo, ele sabe onde está seu braço, já que é ali que o procura e que o amarra. Se todavia os doentes sentem o espaço de seu braço como estranho, se em geral eu posso sentir o espaço de meu corpo enorme ou minúsculo, a despeito do testemunho de meus sentidos, é porque existe uma presença e uma extensão afetivas das quais a espacialidade objetiva não é condição suficiente, como o mostra a anosognosia, e nem mesmo condição necessária, como o mostra o braço fantasma. A espacialidade do corpo é o desdobramento de seu ser de corpo, a maneira pela qual ele se realiza como corpo. Ao procurar analisá-la, apenas antecipamos aquilo que temos a dizer da síntese corporal em geral. (MERLEAU-PONTY, 1994, p.206)

Merleau-Ponty (1994) enfatiza a questão do corpo existencial:

Mas eu não estou diante de meu corpo, estou em meu corpo, ou antes sou meu corpo.[...] Não contemplamos apenas as relações entre os segmentos de nosso corpo e as correlações entre o corpo visual e o corpo tátil: nós mesmos somos aquele que mantém em conjunto esses braços e essas pernas, aquele que ao mesmo tempo os vê e os toca. (MERLEAU-PONTY, 1994, p.208)

A síndrome da negligência também foi encontrada e relatada por vários autores nesta dissertação como: Bisiach et al (1986), Heilman et al (1993), Kinsella et al (1993), Manes et al (1999), Jehkonen et al (2000), Azouvi et al (2002), Plummer et al (2003), Buxbaum et al (2004), Beis et al (2004) e Tsukimoto e Valester (2005), definida como a falha ao responder à um novo estímulo, ou mesmo se orientar pelo mesmo, quando apresentado ao lado do corpo oposto à lesão cerebral. Pode ser de vários tipos como sensorial, motora, espacial ou pessoal. Não necessariamente vem associada à anosognosia, podem ocorrer concomitantemente ou de forma independente.

Ramachandran e Blakeslee (2004) escrevem também sobre negligência unilateral, porém denominando-a como síndrome da desatenção, um estado que muitas vezes se segue a AVCs o lado direito do cérebro, e os pacientes ficam profundamente indiferentes a objetos e acontecimentos no lado esquerdo do mundo, inclusive do lado esquerdo de seus próprios corpos.

Os autores acima consideram a desatenção clinicamente importante por dois motivos. Primeiro porque embora a maioria dos pacientes se recupere completamente depois de algumas semanas, há um subconjunto em que o distúrbio pode persistir indefinidamente. Para

esses indivíduos a desatenção continua sendo um verdadeiro incômodo, embora possa não constituir um distúrbio que ameace a vida. Segundo, mesmo aqueles pacientes que parecem se recuperar rapidamente podem ser seriamente prejudicados, porque sua indiferença à esquerda nos primeiros dias atrapalha a reabilitação. Quando o fisioterapeuta requer que exercitem o braço esquerdo, eles não vêem sentido em fazer isso, porque não notam que o braço não está se desempenhando bem.

Este é um problema, porque na reabilitação após AVC, a maior parte da recuperação da paralisia ocorre nas primeiras semanas e, depois dessa “janela de plasticidade”, o lado hemiplégico tende a não reconquistar completamente a função. Alguns autores como: Otaola (2000), Teixeira-Salmella (2000) e Good (2003) consideram este maior potencial de plasticidade nos primeiros três a seis meses após AVC.

Ressaltamos, em concordância com os autores acima, o fato de que quando o paciente negligencia um lado do corpo e do espaço isso afeta a sua recuperação, também dificultando a aquisição de algumas habilidades e funções, principalmente na realização de atividades cotidianas (higiene, vestuário, alimentação), influenciando na demora em adquirir autonomia e independência. Este fato tem influência sobre a dinâmica familiar e suas relações. As pessoas com negligência unilateral geralmente colidem com objetos, ignoram o alimento em um lado do prato, voltam-se apenas para um lado do corpo, tem dificuldades ao ler, escrever e desenhar.

Ramachandran e Blakeslee (2004) propoem algumas experiências com os indivíduos com negligência unilateral, com um espelho refletindo o lado esquerdo negligenciado deles. Os autores esperavam que como estavam vendo pelo espelho o reflexo do lado esquerdo ignorado, os pacientes poderiam ser capazes de pegar um objeto colocado à esquerda de seu corpo. Mas muitos de seus pacientes não foram capazes de realizar a ação e dirigiam seu membro superior direito ao espelho, como se pudessem pegar o objeto batendo com o braço no espelho. Os autores denominaram “agnosia do espelho” para esse fenômeno.

Os autores suscitam algumas questões interessantes, com as quais concordamos: que nem sempre é verdade que nosso intelecto e conhecimento de “alto nível” são imunes aos caprichos da informação sensorial. Estes pacientes nos ensinam que de fato não somente seu mundo sensorial está deformado, como sua base de conhecimento é distorcida para se acomodar ao estranho mundo novo que eles habitam. Seus déficits de atenção parecem alterar

sua perspectiva, tornando-os incapazes de dizer se um reflexo é um objeto real ou não, embora possam conversar normalmente sobre qualquer outro assunto: política, esportes e atualidades. “Isso levanta profundas questões filosóficas sobre até que ponto podemos estar certos de que nossa própria apreensão da realidade é tão segura assim” (RAMACHANDRAN, BLAKESLEE, 2004 p. 168).

Fisher (1973) discute em um de seus trabalhos porque é tão difícil conhecer nosso próprio corpo. Relata então que temos uma certa resistência para olhar diretamente ao nosso próprio corpo porque não o vemos como um objeto concreto, um fenômeno biológico como qualquer outro organismo biológico; na verdade um agregado de moléculas não muito diferente daquelas que ocorrem na natureza. Ressalta que as pessoas consideram seus corpos dotados de propriedades muito especiais, (as quais seriam superiores aos outros objetos) e investido de valores e significados atribuídos a ele. E que há um certo conforto em pensarmos o corpo não somente como um mero objeto físico, que pode estar sujeito a todas as vicissitudes e fatalidades que podem atingir objetos comuns no universo. Pois estar ciente deste fato é abrir a porta para a intimidade de nossa vulnerabilidade e mortalidade.

Sobre isso Ramachandran e Blakeslee (2004) comentam:

A ciência – a cosmologia, a evolução e especialmente as ciências do cérebro – está nos dizendo que não temos nenhuma posição privilegiada no universo e que nossa sensação de ter um espírito, uma alma imaterial particular “observando o mundo”, é realmente uma ilusão (como há muito tempo tem sido enfatizado por tradições místicas orientais como o hinduísmo e o zen-budismo). Uma vez que você compreenda que, longe de ser um espectador, você é parte do eterno fluxo e refluxo de acontecimentos no cosmos, esta percepção é muito libertadora. Em última análise, esta idéia também lhe permite cultivar uma certa humildade – a essência de toda experiência religiosa autêntica (RAMACHANDRAN , BLAKESLEE, 2004, p.320).

Fisher (1973) acentua então a nossa dificuldade de entrar em contato com nossa vulnerabilidade, tomar consciência do significado de cada alteração corporal e portanto desenvolver nossa consciência corporal. É importante entender como uma lesão causa um impacto em uma pessoa. Estudar a imagem corporal é portanto essencial para nos aproximar da compreensão das pessoas. Vemos nestas colocações de Fisher o principal fator relevante nos estudos de imagem corporal, e em nosso caso a importância de estudarmos como um AVC e suas

conseqüências podem causar impacto em uma pessoa.

Assim como Damásio (2000), Fisher (1973) fala que a forma que uma pessoa experencia seu corpo traz informações úteis em sua vida, que há muitos sentimentos corporais que ajudam na avaliação de condições as quais são expostas se estiverem cientes desses sentimentos e confiar neles, Damásio os chama de marcadores-somáticos.

O processo de despersonalização que pode ocorrer em algumas situações com pessoas submetidas a tratamentos médicos é relatado por Fisher (1973). Considerando despersonalização como uma “sensação de estranheza do corpo, não estar de posse de seu corpo”, um senso de não estar intimamente unificado em seu corpo, vê a si mesmo como uma coisa distante, não realmente você mesmo. O autor relata que ao ser submetido a um tratamento médico ou internação hospitalar você submete seu corpo a uma investigação que pode eventualmente resultar em informação catastrófica sobre o estado de sua saúde e isso gera algumas sensações e sentimentos não muito agradáveis. Constata um paradoxo no que ocorre ao corpo sob a perspectiva psicológica quando alguém se torna paciente em hospitalização.

Por um lado há um foco de interesse em seu corpo, de maneira aceitável, isto é estão “prestando atenção” aos seus sintomas e sensações, por outro lado é como se seu corpo não mais te pertencesse, pertence ao hospital, se torna propriedade pública, sujeito as regras e cuidados da lógica médica e de profissionais envolvidos. A disposição que seu corpo vai assumir para as práticas médicas propostas deixa de ser decisão pessoal e se torna parte do funcionamento do sistema. Isso pode ser experienciado como despersonalização. Tem sido documentado que outras instituições (prisões) tem impacto despersonalizante similar (FISHER, 1973).

Difícil ficarmos alheios à estas palavras de Fisher (1973), pois sabemos que todos os indivíduos que estão passando por reabilitação devido ao AVC já passaram pela hospitalização e agora freqüentam centros de reabilitação ou clínicas. Acredito que temos que estar cientes da “invasão” que ocasionamos em seus corpos e suas vidas, e trabalharmos no sentido de humanização de todo procedimento médico e fisioterápico, levando em consideração a individualidade e singularidade de cada indivíduo, sabendo ouvir, acolher e respeitar estes corpos e almas que se entregam confiantes em nossas mãos.

Em nosso trabalho como profissionais da saúde, onde entramos em contato com o corpo do paciente (aluno;cliente) não podemos deixar de lado que ao tocarmos o corpo do outro estamos tocando “identidade corporal”, carregada de significados, memória, história, enfim uma

experiência existencial. Temos que nos conscientizar que o processo terapêutico pelo qual o hemiplégico passará após ter sofrido um AVC tem que ser um processo individualizado, e que o processo de reabilitação envolve o contato muito próximo e o toque do terapeuta, que nem sempre pode ter sido desejado pelo indivíduo naquele momento, que nem sempre é agradável ou indolor. Respeitando sempre a singularidade e a individualidade de cada um.

Com relação a isso Tavares (2003) relata muito claramente sobre os princípios norteadores para o profissional que trabalha com o corpo, para que uma intervenção seja facilitadora do processo de desenvolvimento da imagem corporal, com a busca de maior diferenciação da identidade corporal e com preservação da subjetividade do indivíduo.

Ainda com relação à proximidade dos corpos, à interação corpo-a-corpo, que realizamos diariamente com os indivíduos hemiplégicos em seu processo de recuperação, Schilder(1999) fala sobre a interação entre imagens corporais:

Deparamos aqui com a questão de como a distância espacial influencia esta relação. Certamente o corpo muito distanciado oferece menos possibilidade de relacionamento. Se colocarmos nosso corpo num centro imaginário, poderemos medir o afastamento dos corpos dos outros, possibilitando a determinação da relação entre as imagens corporais. A proximidade espacial aumenta as possibilidades de inter-relação das imagens corporais e, além de outros aspectos, o contato entre dois corpos pode fornecer maior possibilidade de combinação das imagens corporais.(SCHILDER, 1999, p. 260).

Ainda acrescenta sobre a influência do toque

È verdade que, quando dois corpos ficam muito próximos, a distinção visual torna mais difícil, e há maior possibilidade de uma mistura e reconstrução completa das imagens corporais das duas pessoas. Também não se deve esquecer que, conforme demonstram os capítulos anteriores, qualquer toque dado ou recebido produzirá, imediatamente, novos e interessantes problemas concernentes à estrutura da imagem corporal do sujeito e da outra pessoa. O fator distância espacial é, a princípio, um fator visual e, finalmente um fator de toque. Além do fator distância espacial, temos de levar em conta que toda emoção relativa a outra pessoa nos aproxima de sua imagem corporal.(SCHILDER, 1999, p.261)

Estamos falando da relevância de estudar a imagem corporal em indivíduos com hemiplegia e da importância da relação entre terapeuta-paciente ser bem conduzida durante todo o decorrer do processo de recuperação. Chegamos então ao ponto de sustentar a importância da avaliação de imagem corporal em intervenções na saúde.

Pruzinsky (2004) sugere que avaliação de imagem corporal seja estabelecida como padrão de tratamento para os pacientes em acompanhamento médico como já citado em “Imagem Corporal e Deficiência Física”. Porém ainda não encontramos isso no Brasil, refletindo a falta de instrumentos para realizarmos essa avaliação, a falta de orientação e conhecimento dos profissionais de saúde sobre imagem corporal. Talvez esse processo já esteja sendo iniciado, devido ao crescente interesse de profissionais de várias áreas no estudo da imagem corporal e as recentes publicações de livros e artigos no Brasil.

Com relação aos aspectos emocionais dos hemiplégicos queremos discutir a importância da percepção dos indivíduos sobre suas próprias sensações e capacidades para determinar alterações em sua imagem corporal.

Em seu estudo com pacientes em reabilitação cardíaca, citado nos “Aspectos Psicossociais da Imagem Corporal na Hemiplegia”, Lichtenberger et al (2003) relatam que a percepção de seus pacientes de suas capacidades físicas (avaliados através de questionários) foram muito mais importantes para sua imagem corporal do que suas capacidades físicas reais realizadas em testes objetivos específicos. Esses resultados sugerem que devem ser feitas intervenções para aumentar a percepção dos indivíduos de suas próprias capacidades, pois as percepções positivas de seu estado funcional são associadas com menor índice de depressão e melhor bem estar psicossocial. Em concordância com Fisher (1973) que sugere que seja realizado um processo de “educação da experiência corporal” com as crianças, que elas aprendam desde cedo a diferenciar suas sensações e sentimentos com relação ao corpo. Contrários a nossa cultura que nem sempre preza para as habilidades do indivíduo de interpretar suas experiências corporais.

Concordamos com Keppel e Crowe (2000) quando relatam que o amplo alcance dos efeitos psicológicos e psicossociais do AVC justificam a provisão de serviços não somente para as necessidades motoras e físicas dos pacientes como as necessidades psicológicas. O manejo da recuperação emocional, social e sexual é de vital importância e ainda possivelmente o mais difícil de enfrentar. Aceitando que a vida social pós AVC pode ser limitada pelos seus

interesses pré AVC, a meta de um bom programa de reabilitação deve ser restaurar todos os níveis de funcionamento da melhor forma possível. AVC é um evento neurológico crítico que afeta proporção significativa de pessoas jovens, tem impacto potencialmente devastador e afeta a vida de pacientes e cuidadores. O número de vítimas jovens tem aumentado devido à maior taxa de sobrevivência, pelas técnicas médicas, criando a necessidade de grande entendimento desse grupo com necessidades psicossociais pertinentes.

Estamos plenamente de acordo com Drench (1994) e Kelly-Hayes e Paige (1995), que constataram que os indivíduos com hemiplegia tem sua vida social e oportunidades de lazer muitas vezes intensamente diminuída. Então o incentivo à socialização e à prática de atividade física adaptada deve ser constante, embora dependa também de medidas práticas de acessibilidade e de orientações à família, para que também se engajem nesta atividade.

As atividades adaptadas oferecidas à esta população ainda não estão bem divulgadas e estabelecidas, talvez pela dificuldade de utilização de cadeira de rodas, visto que não conseguiriam conduzi-la pelo uso de somente um membro superior, o que poderia limitar um pouco a gama de atividades em cadeira de rodas. Porém acreditamos que as oportunidades irão aumentar, fica aqui nossa sugestão de serem feitas adaptações para jogos de regras simples como o jogo de bocha, por exemplo, que poderia ser jogado em pé, ou em cadeira de rodas e dança de salão para os indivíduos que já readquiriram a marcha. Com certeza as pessoas engajadas em um grupo de atividade física teriam muitos acréscimos em sua qualidade de vida, processo de recuperação, inserção social enfim em todos os aspectos de sua vida.

As intervenções corporais não são inócuas, e essas intervenções trazem consigo uma experiência corporal, portanto podemos pensar na reabilitação do hemiplégico, no processo fisioterápico em si, como uma experiência corporal. Portanto temos de ter em mente a relevância, a significação, a profundidade e a delicadeza com que avançamos na identidade corporal desse indivíduo, nunca nos esquecendo da singularidade e da experiência existencial de cada ser.

A relevância dos estudos sobre imagem corporal está em sua conexão com o desenvolvimento da identidade da pessoa humana e por ser o ponto norteador das relações do homem com o mundo. As contradições e as dificuldades em seu estudo apontam para a necessidade de ampliar nossa compreensão do tema. (TAVARES, 2003, p.48).

Como citado acima, Tavares (2003), nos aponta que o aprofundamento dos

estudos de imagem corporal nos leva a uma mudança de perspectiva da pessoa com deficiência e aumenta nossa capacidade de entrar em contato com outros indivíduos. Assim aprendemos a valorizar as diferenças e a reconhecer a originalidade de cada indivíduo.

Os indivíduos hemiplégicos podem estar carentes de experiências genuínas de contato humano e de contato com o próprio corpo. Suas experiências corporais podem estar limitadas não só pelas conseqüências fisiológicas da doença, mas pelas relações familiares e profissionais envolvidas, pelo desconhecimento do processo e pela falta de recursos sócio-econômicos. O profissional que se propoe a trabalhar com estas pessoas necessita ter uma formação que vai além do intelectual, cognitivo e da formação técnica. Este profissional precisa estar corporalmente preparado, com sua imagem corporal integrada, profundamente humanizado e atento aos gestos, atitudes e discursos destes indivíduos.

Objetivamos com este trabalho acrescentar algo no referencial teórico de profissionais da saúde que trabalham com o corpo humano. Que possa trazer a possibilidade de um novo “olhar” para a pessoa com hemiplegia, considerando sua imagem corporal e experiência existencial. E também um olhar direcionador para o processo complexo pelo qual ela vai passar durante a reabilitação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos uma revisão de literatura sobre imagem corporal e hemiplegia, abordando os diversos aspectos em que interagem a imagem corporal e a deficiência física, centralizando posteriormente nos aspectos da imagem corporal: neurológicos, emocionais e sociais na hemiplegia.

Relatamos algumas conseqüências neuropsicológicas resultantes do AVC e achamos que seria interessante colocar mais alguns aspectos referentes a isso, porém direcionados a como deve ser a atuação do profissional de saúde perante estes indivíduos hemiplégicos com alguns desses déficits.

Após o AVC, os processos sensoriais, cognitivos e motores sofrem mudanças estruturais e desordenadas de tal forma que a interação fluente entre esses processos interrelacionados pode não existir mais. Então não somente o sistema sensorio-motor deve ser avaliado, mas a disfunção da pessoa como um todo. Somente isso possibilitaria ao terapeuta, adequar a terapia às necessidades e à história de aprendizagem do paciente. São necessários alguns conhecimentos de neuropsicologia, assim como habilidades de observação para um terapeuta que irá trabalhar com seqüelas de AVC.

São sugestões de Hochstenbach e Mulder (1999), e acreditamos serem de interesse aos profissionais que interagem com hemiplégicos:

O elemento chave de qualquer situação interativa é a troca de informação. Isso é verdade para qualquer forma de terapia em reabilitação neurológica. Mas a informação oferecida pelo terapeuta é crucial. Devido à lentidão do processamento de informação, os pacientes precisam de mais tempo para processar e integrar as informações. O oferecimento de muita informação de uma só vez, resulta na perda de parte dela. A solução seria oferecer a informação seriadamente.

Existem diferenças individuais substanciais na forma de aprendizagem de cada pessoa, para alguns o canal de aprendizagem é informação visual, para outros informação auditiva e pode ser também através de informação cinestésica. Principalmente no aspecto da terapia, para que seja mais eficaz, deve-se abordar com cada indivíduo o canal mais apropriado para que ele entenda e realize o que está sendo pedido.

Devemos saber também que a informação emocional é melhor lembrada do que

informação neutra. Este aspecto da memória humana deve ser usado em terapia. Devem ser elicitadas reações emocionais durante o processo terapêutico e memórias emocionais sobre o passado (trabalho, hábitos, familiares e crianças, netos...). Por exemplo, exercícios que lembrem sua atividade ocupacional, pois requerer ações relacionadas à memória com conteúdo emocional leva à melhores resultados do que pedir por movimentos isolados feitos no vazio.

Durante a realização da terapia, os pacientes devem ser estimulados a procurar ativamente por informação, pois este é um procedimento efetivo para facilitar o armazenamento de informação na memória a longo prazo, a fazer perguntas e obter respostas e vice versa.

A memória, assim como a aprendizagem é dependente do contexto, isto é, um fator importante para a retenção de habilidades motoras é a relação entre o contexto da prática e da aplicação. É importante saber que a representação de um movimento contém não somente informações relacionadas ao conteúdo motor, mas todo o conteúdo de informação associado com o movimento.

Enfim, os aspectos neuropsicológicos são importantes para a melhor abordagem da reabilitação funcional após AVC. E um desafio da terapia é encontrar os desvios e atalhos para atingir metas que não podem ser atingidas sob condições artificiais de uma terapia desinteressada. Em outras palavras, o terapeuta deve criar um panorama de aprendizagem baseado na integração de informação neuropsicológica e do conhecimento sobre o sistema motor.

Além desses déficits neuropsicológicos de atenção, memória, comunicação e funções executivas, vimos no decorrer do trabalho a importância da anosognosia e da negligência unilateral na evolução do tratamento do hemiplégico. Vimos também sua influência no desempenho das atividades cotidianas de modo geral, que resulta em dificuldades ou não realização das mesmas, devido à alterações referentes ao direcionamento da atenção para o lado lesado, a percepção dos acontecimentos e o envolvimento dos hemisférios direito e esquerdo durante esta realização.

A conscientização do paciente quanto à presença da anosognosia e da negligência unilateral deve ser considerada como a base para um tratamento bem sucedido. Porém sabemos que o fato desta pessoa “entender” e se conscientizar de que existe uma “outra metade” do mundo e de si próprio, a qual não consegue perceber é algo bastante complexo e deve ser visto sob várias perspectivas. É fundamental que a família, os cuidadores e os profissionais estejam atentos para a presença da anosognosia, procurando “alertar” o indivíduo, seja através de

estímulos verbais, táteis ou visuais, ou através da percepção por parte do indivíduo sobre suas próprias falhas ao realizar determinadas ações.

Este processo de reabilitação do hemiplégico e de conscientização do problema não ocorre facilmente e deve ser lento e gradual, respeitando-se o tempo de cada indivíduo e seus familiares, visto que em cada caso, as informações recebidas e observações feitas são compreendidas de modo diferente e atribuídas a diferentes aspectos.

Quando a conscientização a respeito da presença da anosognosia ou parte dela é alcançada ocorrem importantes modificações no processo terapêutico e na obtenção de melhora no quadro. Um dos principais motivos é que o indivíduo passa a colaborar em seu tratamento a medida que passa a atribuir sentido às ações propostas e realizadas, tornando-se parceiro do terapeuta nestas ações.

Estudar o fenômeno da imagem corporal na hemiplegia pode possibilitar uma melhor compreensão dos elementos que envolvem o processo de seu desenvolvimento e reintegração após um AVC , dentro deste contexto com seqüelas neurológicas, emocionais e sociais que podem o acompanhar. Assim os profissionais que lidam com o corpo humano e suas relações com o meio devem estar atentos à condição singular de experiência vivencial e fenômeno complexo que apresenta a imagem corporal.

Um corpo é sempre a expressão de um ego e de uma personalidade, e está num mundo. Mesmo uma resposta preliminar ao problema do corpo não pode ser dada, a menos que tentemos uma resposta preliminar sobre a personalidade e o mundo.(SCHILDER, 1999, p.337)

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, G. et al Risk factors for post-stroke depression **Acta Psychiatrica Scandinavian** v 92, p. 193-198, 1995.

APPELROS, P.; KARLSSON, G.M.; SEIGER, A.; NYDEVIK, I. Neglect and anosognosia after first-ever stroke: incidence and relationship to disability. **Journal of Rehabilitation Medicine** v.34, n.5, p.215-220, 2002.

ASTRÖM, M.; ASPLUND, K.; ASTRÖM, T. Psychosocial function and life satisfaction after stroke **Stroke**, v. 23, p. 27-531, 1992.

AZOUVI, P. et al Sensitivity of clinical and behavioural tests of spatial neglect after right hemisphere stroke **Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry** v.73, p.160-166, 2002

BAIER, B.; KARNATH, H.O. Incidence and diagnosis of anosognosia for hemiparesis revisited **Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatric** v.76, p.358-361, 2005.

BARBIZET, J.; DUIZABO, P. **Manual de Neuropsicologia** Ed Artes Médicas Porto Alegre, 1985.

BEIS, J. M. et al Right spatial neglect after left hemisphere stroke **Neurology** v.63, p.1600-1605, 2004

BEN-TOVIM, D. I.; WALKER, M. K. Body Image, disfigurement and disability. **Journal Psychosomatic Research**, v. 39, p. 3, p. 283-291, 1995.

BENEDETTO, K. M.; FORGONE, M. C. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 85-89, 2002.

BICKERSTAFF, E. **Exame do paciente neurológico** Atheneu São Paulo, 1991.

BISIACH, E. et al Unawareness of disease following lesions of the right hemisphere: anosognosia for hemiplegia and anosognosia for hemianopia **Neuropsychologia** v.24, n.4 p.471-482, 1986.

BRADSHAW, J.L. **Hemispheric specialization and psychological function.** Londres Ed Wiley England, 1989. 218p.

BRUGGIMANN, L.M. et al Chronic posttraumatic stress symptoms after nonsevere stroke **Neurology** v.66, n.4, p. 513-516, 2006.

BUXBAUM, L. J. et al Hemispatial neglect: subtypes, neuroanatomy, and disability **Neurology** v.62, n.5, p. 749-756, 2004

CARVER, C. S.; POZO KADERMAN, C.; PRICE, A et al Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer **Psychosomatic Medicine** v.60, n.2, p. 168-174, 1998

CASH, T.; PRUZINSKY, T. Integrative Themes in Body Image Development, Deviance and Change **Body Image- Development, deviance and change.** Nova York: The Guilford Press, 1990.

CASH, T.; FLEMING, E. Body Image and social relations In:CASH, T.;PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice.** New York: Guilford Press 2002.

CAURAUGH, J.H.; KIM, S.B Chronic stroke motor recovery: duration of active neuromuscular stimulation **Journal o.f the Neurological Sciences** v. 215 p.13-19, 2003.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica** Ed Mc Graw Hill, São Paulo, 1975.

CHARBONNEAU, S et al Perception and production of facial and prosodic emotions by chronic CVA patients **Neuropsychologia** v.41, p.605-613, 2003.

CHERN, J, YANG, S., WU, C. Whole-Body reaching as a measure of dynamic balance in patients with stroke **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation** v.85, n.3, p.201-208, 2006.

COSLETT, H. B. Anosognosia and body representations forty years later **Cortex** v. 41 p.263-270, 2005.

CRITCHLEY, M. **The parietal lobes** Hafner Press New York, 1953.

DAMÁSIO, A.R. **O Erro de Descartes, emoção, razão e o cérebro humano** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DAMÁSIO, A. R. **O Mistério da Consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

DAVIDHIZAR, R. Disability does not have to be the grief that never ends: helping patients adjust **Rehabilitation Nursing**, v.22, n.1, Jan/Feb, 1997.

DOMBOVY, M.L.; SANDOK, B.A; BASFORD, J.R. Rehabilitation for stroke: A review **Stroke** v.17, n.3, 1986.

DONOSO, A. Anosognosia en enfermedades cerebrales **Revista Chilena de neuro-psiquiatria** v.40, n.2, p.69-79, 2002.

DORETTO, D. **Fisiopatologia clínica do sistema nervoso** Ed Atheneu Rio de Janeiro, 1989.

DRENCH, M.E. Changes in body image secondary to disease and injury **Rehabilitation Nursing**, v.19, n. 1, Jan/Feb, 1994.

ELLIS, S.J.; SMALL, M. Denial of illness in stroke **Stroke** v.24, p. 757-759, 1993.

ELLIS, S.; SMALL, M. Localization of lesion in denial of hemiplegia after acute stroke **Stroke** v.28 p.67-71, 1997

FEIBEL, J.H.; SPRINGER, C.J. Depression and failure to resume social activities after stroke **Archives Physical Medicine Rehabilitation** v. 63, p. 276-278, 1982.

FINLAYSON, M.A. Neuropsychological assessment and treatment of stroke patients **Stroke** v 21, suppl II: 14-15, 1990.gj

FISHER, S. **Body Experience in fantasy and behavior** New York: Meredith Corporation 1970.

FISHER, S. **Body Consciousness: you are what you feel** London: Prentice Hall, 1973.

FISHER, S. The evolution of psychological concepts about the body. In: CASH, T. ; PRUZINSKY, T. (Eds). **Body Images: development, deviance and change**. New York: The Guilford Press, p. 3-20, 1990.

FREDERIKS, J.A.M. Disorders of the body schema. In: VINKEN, P.J.; BRUYN, G.; KLAWANS, H.L. **Clinical Neuropsychology** New York: Elsevier, 1985.

FREUND, H.J. Somatosensory and motor disturbances in patients with parietal lobe lesions **Advanced Neurology** v.93, p.179-193, 2003.

GANDEVIA, S.C. ;PHEGAN, C.M.L. Perceptual distortions of the human body image produced by local anaesthesia, pain and cutaneous stimulation **The Journal of Physiology** v.514, n.2, p.609-616, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOLD, M. et al Anosognosia for hemiplegia: an electrophysiologic investigation of the feed-forward hypothesis **Neurology** v.44, p. 1804-1808, 1994.

GOLDSTEIN, L. B.; HANKEY, G. J. Advances in primary stroke prevention **Stroke** v.37, n.2 p.317-319, 2006.

GOMES, M. M. Doenças do cérebro: prioridade de política de saúde pública no Brasil. **Revista Brasileira de Neurologia** v.28, p.11-16, 1992.

GOOD, D. C. Stroke, promising neurorehabilitation interventions and steps toward testing them **American Journal Physical Medicine Rehabilitation** v.82 n.10 suppl p.50-57, 2003

HARTMAN-MAEIR A.; SOROKER, N.; KATZ, N. Anosognosia for hemiplegia in stroke rehabilitation **Neurorehabilitation Neural Repair** v.15, n.3 p.213-222, 2001.

HEILMAN, K.M.; WATSON, R.T.; VALENSTEIN, E. Neglect and related disorders In: HEILMAN, K.M.; VALENSTEIN, E. **Clinical neuropsychology** 3ed New York, Oxford University Press, 1993

HEISS, W.D.; TEASEL, R.W. Brain recovery and rehabilitation **Stroke** v.37, n.2, p.314-316, 2006.

HESSE, S. et al Treadmill training with partial body weight support compared with physiotherapy in nonambulatory hemiparetic patients **Stroke** v.26, n.6, p. 976-981, 1995.

HILDER, S.; WONG, M.; ORTIZ, M.; DULKU, A.; MULHERIN, D. Does a regular exercise program for ankylosing spondylitis influence body image? **Scandinavian Journal of Rheumatology** v.31 p. 168-171, 2002

HOCHSTENBACH, J.; MULDER, T. Neuropsychology and the relearning of motor skills following stroke. **International Journal Rehabilitation Research** v.22, p.11-19, 1999

HOLBROOK, M. Stroke: social and emotional outcome **Journal of the Royal College of Physicians of London** v. 16, n.2, p.100-104, 1982.

JEHKONEN, M. et al Unawareness of deficits after right hemisphere stroke: double-dissociations of anosognosias **Acta Neurologica Scandinavica** v.102, p.378-384, 2000

JEHKONEN, M.; AHONEN, J.P.; DASTIDAR, P. et al Predictors of discharge to home during the first year after right hemisphere stroke **Acta Neurologica Scandinavica** v.104, n.3 p.136-141, 2001.

JOSEPH, R. The right cerebral hemisphere: emotion, music, visual-spatial skills, body-image, dreams, and awareness **Journal Clinical Psychology** v.44, n.5, p.630-673, 1988.

KANDEL, E.R. **Fundamentos da neurociência e do comportamento** Guanabara Koogan Rio de Janeiro, 2000.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 ed Artmed Porto Alegre, 1997.

KEARNEY-COOKE, A. Familial influences on body image development In:CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice** New York: The Guilford Press, 2002.

KELLY-HAYNES, M.; PAIGE, C. Assessment and psychology factors in stroke rehabilitation **Neurology** v.45 Suppl 1, p. S29-S32, 1995.

KEPPEL, C.C.; CROWE, S.F. Changes to body image and self-esteem following stroke in young adults **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 10, n. 1, p. 15-31, 2000.

KINSELLA, G. et al Analysis of the syndrome of unilateral neglect **Cortex**, v.29, p.135-140, 1993

LA PLANCHE; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da Psicanálise**. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LENT, R. **Cem Bilhões de neurônios- conceitos fundamentais de neurociências**. São Paul: Ed Atheneu, 2001.

LEVINE, D.; CALVANIO, R.; RINN, W.E. The pathogenesis of anosognosia for hemiplegia **Neurology** v.41, p. 1770-1781, 1991

LICHTENBERGER, C. M. et al. Body image and depressive symptoms as correlates of self-reported versus clinician-reported physiologic function **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation** 23; 53-59, 2003

LICHTENTHAL, W.G. et al. Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma **Body Image** 2; 41-52, 2005.

LU, L. H. et al Dissociation of anosognosia and phantom movement during the Wada test **Journal of Neurological, Neurosurgical and Psychiatry** v.69 p.820-823, 2000.

MAKIYAMA, T.Y.; BATTISTTELLA, L. R.; LITVOC, J.; MARTINS, L. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **Acta Fisiátrica** v.11 , n.3, p.106-109, 2004.

MANES, R. et al Neglect after right insular cortex infarction **Stroke** v.30 n.5 p.946-948, 1999

MARCEL, A. J.; TEGNER, R.; NIMMO-SMITH, I. Anosognosia for plegia: specificity, extension, partiality and disunity of bodily unawareness **Cortex** v.40 p.19-40, 2004

MATTOS, M.G.; ROSSETTO, A.J. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física** ed Phorte São Paulo, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MOURA, R.M.F.; LIMA, R.C.M.; LAGE, D.C.; AMARAL, E. A. A. Efeitos do treinamento aeróbio na qualidade de vida e na capacidade funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos **Acta Fisiátrica** v.12, n.3, p.94-99, 2005.

NELSON, L.D. et al Emotional Sequelae of stroke **Neuropsychology**, v. 7, n. 4, p.553-560, 1993.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A Neurologia que todo médico deve saber**. 3 ed. São Paulo: Maltese, 1991. 332p

OBERG, T.D. **Constatação da reorganização das funções cerebrais no paciente hemiplégico, através do spect após estimulação elétrica funcional** 2002. Tese (Doutorado)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. 175p

OLIVEIRA, R.A. Reabilitação, tratamento e aspectos psicossociais: estudo dum grupo de hemiplégicos vítimas de acidente vascular cerebral **Psychologica**, v.3, p5-26, 1995.

OLIVEIRA, C.E. N.; SALINA, M.E;ANNNCIATO, N.F. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC **Acta Fisiátrica** v.8 n.1 p.6-13, 2001

OTAOLA, P. The evolution and prognosis of disability in patients with hemiplegia **Medicina Clinica (Barcelona)** v.115 n.13 p.487-492, 2000.

PALMER, M. L.; TOMS, J.E. **Treinamento Funcional dos Deficientes Físicos** Ed Manole, 2 ed, 1988.

PAQUERON, X. et al The phenomenology of body image distortions induced by regional

anaesthesia **Brain** v. 126 p.702-712, 2003.

PAYSANT, J. et al Mirror asomatognosia in right lesions stroke victims **Neuropsychologia** v.42, p.920-925, 2004.

PHEMISTER, A. A.; CREWE, N.M. Objective Self-Awareness and Stigma: Implications for Persons with visible disabilities. **Journal of Rehabilitation, Minnesota State**, v. 70, n.2, p.33-37, 2004.

PHILLIPS, K.A. Body image and body dysmorphic disorder In:CASH, T.;PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice**. New York, Guilford Press 2002.

PIA, L. et al The anatomy of anosognosia for hemiplegia : a meta-analysis **Cortex** v.40 p.367-377, 2004

PINTO, A.; PHILLIPS, K.A. Social anxiety in body dysmorphic disorder **Body Image** 2;401-405, 2005.

PLUMMER, P.; MORRIS, M.; DUNAI, J. Assessment of unilateral neglect **Physical Therapy** v.83 n.8 p.732-740, 2003

PRICE, T. R. Affective disorders after stroke **Stroke**, v.21, p. 12-13, 1990. Suplemento 2.

PRUZINSKY, T.; CASH, T. Understanding Body Images: Historical and contemporary perspectives IN: CASH, T.;PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice**. New York: Guilford Press, 2002.

PRUZINSKY, T. Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care **Body Image** 1:71-81, 2004

RAMACHANDRAN, V.S. et al Illusions of body image: what they reveal about human nature In:LLINÁS, R.; CHURCHLAND, P. **The mind-brain continuum, Sensory processes** London: The mit press, 1998.

RAMACHANDRAN, V.S.; BLAKESLEE, S. **Fantasma no cérebro: uma investigação dos mistérios da mente humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

RIBERTO, M. et al A terapia de restrição como forma de aprimoramento da função do membro superior em pacientes com hemiplegia **Acta Fisiátrica** v.12, n.1, p.15-19, 2005.

ROLAK, L. **Segredos em neurologia** 2. ed. Ed Artmed Porto Alegre, 2001.

RYBARCZYK, B.D. et al Social discomfort and depression in a sample of adults with leg amputations **Archives Physical Medicine Rehabilitation**, v.73, p.1169-1174, 1992.

RYBARCZYK, B.D. et al Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation **Rehabilitation Psychology** v.40 , n.2, p.95-110, 1995.

RYBARCZYK, B. D.; BEHEL, J. M. Rehabilitation medicine and body image In CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice** New York: The Guilford Press, 2002.

SANTUS, G. et al Social and family integration of hemiplegic elderly patients 1 year after stroke **Stroke**, v.21, p. 1019-1022, 1990.

SANVITO, W. L. **Propedêutica Neurológica Básica** São Paulo; Manole, 1976.

SCHILDER, P. **A Imagem do Corpo – As energias construtivas da psique**. 3ed São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SHONTZ, F.C. Body Image and Physical Disability In: CASH, T. e PRUZINSKY, T. **Body Images: Development, Deviance and change**. New York : Guilford Press, 1990

SIÖSTEEN, A. et al Patient-staff agreement in the perception of spinal cord lesioned patient's problems, emotional well being and coping pattern **Spinal Cord** 43;179-186, 2005.

SMALL, M.; ELLIS, S. Denial of hemiplegia: an investigation into the theories of causation **European Neurology** v.36, p.353-363, 1996

SMITH-ARENA, L.; EDELSTEIN, L.; RABALDI, M. Predictors of a successful driver evaluation in stroke patients after discharge based on an acute rehabilitation hospital evaluation **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation** v.85, n.1, p.44-52, 2006

STARKSTEIN, S.E. ; ROBINSON, R.G. Affective disorders and cerebral vascular disease **British Journal of Psychiatric**, v.154, p.170-182, 1989.

STARKSTEIN, S. et al Anosognosia in patients with cerebrovascular lesions A study of causative factors **Stroke** v. 23 p. 1446-1453, 1992

STARKSTEIN, S.E. et al Neuropsychological deficits in patients with anosognosia **Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology** v.6, n.1, p.43-48, 1993

STONE, J. et al Personality change after stroke: some preliminary observations **Journal Neurological Neurosurgery Psychiatric**, v. 75, p. 1708-1713, 2004.

TALEPOROS, G.; McCABE, M. P. Body Image and physical disability-personal perspectives. **Social Science and Medicine**, Australia, v.54, p.971-980, 2002

TANTLEFF-DUNN, S.; GOKEE, J.L. Interpersonal influences on body image development In: CASH, T.;PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice**. New York, Guilford Press 2002.

TAVARES, M.C.G.C.F. **Imagem Corporal -Conceito e Desenvolvimento**. São Paulo; ed Manole, 2003.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. et al Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos **Acta Fisiátrica** v.7 n.3 p.108-118, 2000

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. et al Musculação e condicionamento aeróbio na performance funcional de hemiplégicos crônicos **Acta Fisiátrica** v.10 n.2 p.54-60, 2003.

TIGGEMANN, N. Media influences on body image development In: CASH, T.;PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice**. New York, Guilford Press 2002.

TOVIAN, S. M. Body Image and Urological Disorders In:CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice** , New York, The Guilford Press, p. 361-369, 2002

TSUKIMOTO, D.R.; VALESTER, G.A. A influência da negligência unilateral no desempenho

de atividades de vida cotidiana-relato de 3 casos **Acta Fisiatrica** v.12, n.3, p.108-114, 2005.

TURATO, E.R. **Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa** ed Vozes Petrópolis, 2003.

TURNBULL, O.H.; EVANS, C.E.; OWEN, V. Negative emotions and anosognosia **Cortex** v.41, p.67-75, 2005.

VAN DER LEE, J. H. et al Forced use of the upper extremity in chronic stroke patients: results from a single-blind randomized clinical trial **Stroke** v.30, n. 11, p.2369-2375, 1999.

VOLPE, B et al A novel approach to stroke rehabilitation: robot-aided sensorimotor stimulation **Neurology** v.54, n.10, p. 1938-1944, 2000.

VUILLEUMIER, P. Anosognosia: the neurology of beliefs and uncertainties **Cortex** v.40 p.9-17, 2004.

WHITBOURNE, S.K.; SKULTETY, K.M. Body image development: adulthood and aging
In:CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice** , New York:The Guilford Press, p.83-90 , 2002.

WHITE, C. A. Body Images in oncology in:CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice** , New York:The Guilford Press, p.379-386, 2002.

WILLIAMS, G. et al Incidence and occurrence of total (first-ever and recurrente) stroke **Stroke** v.30, n.12, p.2523-2528, 1999.

YUEN, H. K. ; HANSON, C. Body image and exercise in people with and without acquired mobility disability **Disability Rehabilitation** 24(6) 289-296, 2002.

ZAMPINI, M.; MORO, V.; AGLIOTI, S.M. Illusory movements of the contralesional hand in patients with body image disorders **Journal of neurological, neurosurgical and psychiatry** v.75 p.1626-1628, 2004.