

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA



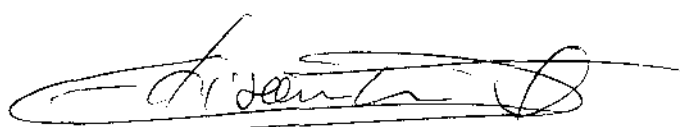
**“IMAGEM CORPORAL EM AMPUTADOS: UMA
REVISÃO DE LITERATURA.”**

AUTORA: CARLA DE OLIVEIRA FRANCO

CAMPINAS-2005

IMAGEM CORPORAL EM AMPUTADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física para obtenção do título de especialista em Atividade Motora Adaptada Modalidade Extensão sob a orientação do Professor Dr. Edson Duarte.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Edson Duarte', with a long horizontal line extending from the end of the signature.

Orientador Prof. Dr. Edson Duarte

Campinas-2005

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e minha irmã Renata que me deram todo suporte material para cursar esta especialização e principalmente pelo carinho e muito amor;

Ao Prof. Dr. Edison Duarte pela orientação;

A Bruna especialmente, André, Luciana, Adriano, Bia e Regina que contribuíram diretamente com este trabalho.

Aos meus colegas de sala, em especial a Chimênia, Bira, Maria, Dirceu, Aletha e Ana, pela atenção e carinho.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultados das buscas nas bases de dados do CRUESP/UnibibliWeb através de diferentes combinações de palavras-chave	14
Tabela 2: Resultados das buscas nas bases de dados da Bireme e ncbi.nlm.nih.gov através de diferentes combinações de palavras-chave	15

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1- Introdução.....	8
2 - Materiais e métodos.....	11
2.1 - Número de referências encontradas	13
3 - A imagem corporal.....	16
3.1 – Histórico.....	16
3.2 - O que é imagem corporal?.....	19
4 - Considerações sobre amputação.....	27
5 - Relação entre imagem corporal e amputação.....	34
6 - Considerações finais.....	47
Referências Bibliográficas	50
Sugestões Bibliográficas.....	52

RESUMO

A imagem corporal é caracterizada pela representação mental do próprio corpo. Teve como grande estudioso Paul Schilder, que abordou a Imagem Corporal considerando os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. Dentre os aspectos fisiológicos ele estudou o membro fantasma, fenômeno caracterizado pela sensação de um membro presente sendo ausente, e que pode interferir na imagem corporal. Portanto, este trabalho teve como propósito estudar a imagem corporal de pessoas que se submetem à amputação. A metodologia adotada foi a revisão bibliográfica, que tem por finalidade disponibilizar um conhecimento que poderá dar suporte a profissionais que tem como foco de trabalho o corpo, ampliando uma discussão que já existe. O trabalho, então se dividiu em três momentos: o primeiro onde discorremos sobre a imagem corporal, o segundo onde falamos sobre a amputação e suas implicações e o terceiro onde relacionamos a imagem corporal e a amputação. Concluímos, após discutirmos o tema e analisarmos as referências bibliográficas, que a imagem corporal é um importante aspecto que deve ser levado em consideração num programa de reabilitação, visto que as suas alterações podem refletir de forma positiva ou negativa no ajuste das pessoas amputadas.

Palavras-chave: amputação, imagem corporal e exercício físico.

ABSTRACT

The body image is characterized by the mental representation of the body self. It had as great studios Paul Schilder, who aboard the Body Image considering the physiological, psychological and social aspects. Amongst the physiological aspects he studied the phantom limb, phenomenon characterized for the sensation of the one present member being absent, and that can intervene with the body image. Therefore, this work has intention to study the body image of people whom if they submit to the amputation. The adopted methodology was bibliographical revision that has for purpose to offer a knowledge that will be able to give has supported the professionals who in as focus of work the body, extending a quarrel that already exists. The work was divided at three moments: the first one we discourse on the body image, as second moment we say about amputation and its implications and the third we relate the body image and amputation. We conclude, after to argue the subject and analyze the bibliographical references, that the body image is important aspect that must be taken consideration in rehabilitation program, since its alterations can reflect of positive or negative form in the adjustment amputees.

Word-key: amputation, body image and physical exercise.

1 - INTRODUÇÃO

As mudanças e perdas resultantes da amputação tem sido um assunto dos especialistas da reabilitação. Porém, até agora, os esforços da reabilitação envolvendo indivíduos com amputação de membros inferiores, têm enfatizado a restauração da mobilidade através da própria capacidade residual, treino de marcha e a própria escolha e prova dos componentes protéticos (Wetterhahn, 2002).

No entanto, um importante fator na reabilitação de amputados que freqüentemente tem sido deixado para trás, é a resposta dos indivíduos para a amputação, incluindo mudanças na imagem corporal e a extensão com que essas mudanças influenciam no resultado funcional (ibid).

“A imagem corporal engloba todas as formas como uma pessoa experiencia e conceitua o próprio corpo” (Tavares, 2003, p 15). É uma expressão muito empregada pelos profissionais que têm como foco de trabalho o corpo humano, entre os quais professores de educação física, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais entre outros.

É um assunto complexo que pede um olhar multidimensional para o ser humano, no qual seus aspectos fisiológicos, afetivos, mentais e sociais sejam considerados (Tavares, 2003).

“A deficiência física, independente da sua forma de manifestação, pode afetar a imagem corporal do indivíduo” (Benetto et al., 2002) e é nesse contexto que procuramos o aprofundamento no tema, a fim de que haja uma mudança de perspectiva da pessoa portadora de deficiência física.

No meio dos profissionais que trabalham com o corpo, existem discussões sobre as alterações de imagem corporal de pessoas amputadas. Incluindo o fato de que essas pessoas têm apresentado uma maior participação social, como por exemplo nos esportes, isto tem promovido a formação de associações que trabalham especificamente com este tipo de deficiência, como a ABDA (Associação Brasileira de Desportos para Amputados).

Isto posto, e tendo a experiência de realizar em nosso trabalho de conclusão de curso de graduação em fisioterapia, uma monografia sobre amputação, procuramos desenvolver uma reflexão sobre as relações entre imagem corporal e amputação.

Esta monografia teve por objetivo desenvolver uma reflexão sobre as relações entre imagem corporal e amputação a partir de uma pesquisa do tipo bibliográfica.

Acreditamos que através de uma pesquisa bibliográfica que agregue os conhecimentos sobre as relações entre imagem corporal e amputação, estaremos disponibilizando um conhecimento que poderá dar suporte a estes profissionais, ampliando uma discussão que já existe, além de poder servir de base para outras pesquisas na área, pois o assunto é amplo e de grande interesse para aqueles que trabalham com alterações físicas, psicológicas e sociais das pessoas amputadas.

Sendo assim, estruturamos o trabalho iniciando com um breve histórico sobre imagem corporal e então discorreremos sobre os conceitos de imagem corporal e amputação onde abordamos: a incidência, etiologia e formas de cirurgia, para depois fazermos a associação entre imagem corporal e amputação e concluirmos com as considerações finais.

2 - MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido através da análise e interpretação de dados obtidos em pesquisa do tipo bibliográfica, que tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com o que há escrito sobre determinado assunto (Turtelli, 2003 apud Marconi & Lakatos, 1988). Desta forma, a base desta pesquisa foi o estudo de livros, artigos especializados, dissertações e teses, o que possibilitou o acesso a informações relevantes para reflexão sobre as relações entre imagem corporal e amputação.

O levantamento bibliográfico foi feito em bases de dados disponíveis via Internet. De início restringimos, devido o curto período de tempo, o levantamento no acervo das universidades estaduais: Usp, Unesp e Unicamp disponíveis na forma de livros,

dissertações, teses e artigos especializados, através das bases de dados Dedalus, Athenas e Acervus, respectivamente encontrados no portal CRUESP/UnibibliWEB.

Realizamos a pesquisa nestas bases de dados por assunto. Experimentamos as palavras-chave “imagem corporal” “e” “amputação”, “imagem corporal” “e” “deficiência física”, “imagem corporal” “e” exercício físico” e “imagem corporal” “e” “atividade física”, para estas bases de dados em português. Encontramos poucas referências com o cruzamento dessas palavras.

Concluímos, que nestas bases de dados a maioria dos temas estavam ligados a assuntos correlacionados com idosos, obesos e atletas e que às referências que existiam sobre a imagem corporal de amputados se faziam apenas a Paul Schilder. No entanto, pudemos aqui selecionar material para o estudo da imagem corporal numa visão geral.

Devido o pequeno número de referências encontradas nessas bases dados, sentimos então a necessidade de ampliar nossa pesquisa, para o portal Bireme que possui as bases de dados digitais Lilacs e Medline e o portal ncbi.nlm.nih.gov que possui a base de dados Pubmed, todas encontradas on-line e com material composto principalmente de artigos em periódicos do Brasil e de todo o mundo.

Nestas bases de dados a pesquisa também foi realizada por assunto. Selecionamos o idioma inglês, modificamos as palavras-chave, a fim de limitar nosso assunto de interesse e fizemos os seguintes cruzamos: “body image” “and” “amputation”, “body image” “and” “limb loss” e “body image” “and” amputees”.

Para a base de dados Medline, que se encontra dividida por períodos, escolhemos as fontes mais recente que eram de 1990 a 1999 e 2000 a 2005.

Neste grupo de referências encontramos muitos artigos sobre o assunto. Através da leitura dos resumos dos artigos pudemos selecionar aqueles de interesse para nossa pesquisa.

Os materiais bibliográficos selecionados foram adquiridos nas bibliotecas setoriais da Unicamp. Os artigos selecionados não encontrados nas bibliotecas da Unicamp foram pedidos a outras universidades brasileiras, pelo sistema COMUT. E alguns artigos não encontrados através do sistema COMUT tiveram que ser importados através do sistema British Library.

Após o levantamento bibliográfico o material foi estudado através de fichamentos, que visam abranger todas as informações relevantes para o estudo da imagem corporal em relação à amputação.

2.1 - Número de referências encontradas

As pesquisas no portal CRUESP/UnibibliWEB, das universidades Usp, Unesp e Unicamp, usando as palavras-chave "imagem corporal" "e" "amputação", "imagem corporal" "e" "deficiência física", "imagem corporal" "e" exercício físico" e "imagem corporal" "e" "atividade física" nos trouxeram um total de 3 referências. A tabela a seguir expressa a distribuição destas referências nas bases.

Tabela 1 - Resultados das buscas nas bases de dados do CRUESP/UnibibliWeb através da combinação de diferentes palavras-chave

Base de dados	Imagem corporal e amputação	Imagem corporal deficiência física	Imagem e corporal e exercício físico	Imagem e corporal e atividade física
Dedalus-USP	1	0	0	0
Athenas-UNESP	0	1	0	0
Acervus-UNICAMP	0	0	0	1

No portal Bireme e no portal ncbi.nlm.nih.gov, os cruzamentos de palavras-chave “body image” “and” “amputation”, “body image” “and” amputee” e “body image” “and” “limb loss” nos trouxeram um grande número de referências, mesmo tendo mantido apenas essas palavras-chave. Obtivemos um total de 267 referências contendo o assunto imagem corporal e amputação. A tabela a seguir expressa a distribuição destas referências nas bases de dados.

**Tabela 2 - Resultados das buscas nas bases de dados da Bireme e
ncbi.nlm.nih.gov através da combinação de diferentes palavras-chave**

Bases de dados	Body image and amputation	Body image and amputees	Body image and limb loss
Lilacs	1	0	0
Medline 2000-2005	29	12	10
Medline 1990-1999	38	7	13
Pub med	90	35	22

Fizemos uma primeira análise de todo material estudado para que pudéssemos obter uma visão geral do assunto pesquisado.

A partir desta análise pudemos situar o trabalho no contexto mais amplo do assunto que nos propusemos estudar, associando as idéias dos autores a outras semelhanças que tenham sido abordadas de formas diferentes e reconhecendo as idéias conflitantes.

Por fim, realizamos uma crítica de interpretação a fim de compreender os autores e formar um juízo sobre o trabalho, as idéias propostas, relacionando com o tema abordado.

3 - IMAGEM CORPORAL

3.1 - Histórico

A notificação destes traços históricos servirá para nos situar dentro do contexto da Imagem Corporal, não sendo motivo para associação com os resultados da pesquisa.

A história da imagem corporal iniciou-se no século XVI, na França, com o médico e cirurgião Ambroise Pare. Ele foi o primeiro a perceber a existência do membro fantasma, caracterizando-o como a alucinação de um membro ausente sendo presente. Após três séculos, Weir Mitchell da Filadélfia demonstrou que imagem corporal (sem se

referir ao termo imagem corporal) pode ser mudada sob tratamento ou em condições experimentais (Barros, 2001 apud Gorman, 1965).

No final do século XIX, Sigmund Freud com a publicação do livro *A interpretação dos Sonhos*, provocou avanço significativo na psicologia tradicional. Em suas contribuições Freud acreditava que corpo era a base da mente e considerava de vital importância na formação dos sonhos a cinestesia, definida como "uma sensibilidade geral e, difusa, na qual todos os sistemas orgânicos contribuem com uma parcela" (Barros, 2001 apud Freud, 1976).

As pesquisas em imagem corporal se intensificaram na virada do século XX, pelo grande envolvimento por parte dos neurologistas em investigar os distúrbios na percepção corporal dos pacientes com lesões cerebrais (Tavares, 2003).

Os relatos bizarros dos pacientes aguçavam a curiosidade dos pesquisadores que centralizavam seus estudos principalmente em classificar as mais diferentes formas de distúrbios existentes e em estabelecer conexões entre cada distúrbio e a região do córtex cerebral danificada (Turtelli, 2003 apud Fisher, 1990).

Outra fonte de interesse nesse período era o fenômeno dos membros fantasmas. Pessoas que sofriam perda de algum membro do corpo e continuavam a sentir como se ainda estivesse ali. Na busca de explicações para existência dos membros fantasmas, os pesquisadores tentavam descobrir a área do cérebro que seria a centralizadora para formação da imagem corporal (Turtelli, 2003).

No entanto, foi na escola britânica que os estudos sobre imagem corporal aprofundaram-se, tanto nos aspectos neurológicos quanto fisiológicos e psicológicos. O neurologista do London Hospital, Henry Head, estudou a forma e a função do sistema nervoso, tanto na parte clínica como na laboratorial (Barros, 2001 apud Gorman, 1965).

Head foi o primeiro a usar o termo: “esquema corporal” e também, o primeiro a construir uma teoria sobre “(...) como as percepções corporais são integradas e unidas (...)” (Barros, 2001 apud Fisher, 1990).

Na escola vienense em 1908, Arnold Pick propôs uma imagem mental do corpo, sendo formada por estímulos visuais e sensações de movimentos (cinestesias) e tato. E observou que, no desenvolvimento da imagem corporal, crianças que nasceram sem membros não possuíam membros fantasmas. E se houvessem sofrido amputações ainda bem pequenas, também não apresentariam membros fantasmas (Barros, 2001 apud Gorman, 1965).

Mas, a maior contribuição nesta área foi dada por Paul Schilder, pois trouxe sua experiência tanto na neurologia quanto na psiquiatria, assim como na psicologia. Ele estudou exaustivamente o tema, observando que a imagem corporal é “o que percebemos de nós mesmos em reação aos outros” (Barros, 2001).

Em seus escritos havia referências sobre a despersonalização, problemas cerebrais, a síndrome de Gerstman, agnosia e pessoas com dificuldades em diferenciar o lado direito do esquerdo (Barros, 2001 apud Fisher, 1990).

Para Paul Schilder a imagem corporal é um fenômeno multifacetado. Em suas investigações “ele analisou a imagem corporal, não apenas no contexto orgânico, mas também na psicanálise e na sociologia” (Barros, 2001). Seu trabalho mais importante foi o livro publicado em 1935, intitulado *A Imagem do corpo: As Energias Construtivas da Psique*, onde o autor trata do assunto de forma que se mantém atualizada ainda hoje. Nele há três divisões: a primeira parte fala sobre *A Base Fisiológica da Imagem Corporal*, a segunda sobre *A Estrutura Libidinal da Imagem Corporal*, e a terceira sobre *A Sociologia da Imagem Corporal*.

Schilder, 1994 em sua definição de imagem corporal, diz que "a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e uma interação com os outros".

Mas, uma de suas maiores reflexões foi à introdução da idéia de que imagem corporal não possui apenas fatores patológicos, mas os eventos diários também contribuem para sua construção (Barros, 2001).

No entanto, juntamente com Paul Schilder outros autores, como Merleau-Ponty, Le Boulch e Lapierre assumiram o tema em outras perspectivas, abrindo caminhos para maior abrangência nas intervenções e pesquisas atuais. Eles apresentaram uma visão da imagem corporal vinculada à identidade da pessoa e que se desenvolve de forma indissociável dos aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos (Tavares, 2003).

3.2 - O que é a Imagem Corporal?

O termo imagem corporal é utilizado das maneiras mais diversas como – esquema corporal, consciência corporal ou percepção corporal, existindo assim alguma polêmica a respeito do assunto.

Vários autores têm assumido uma diferenciação entre os termos esquema e imagem corporal. De forma geral, para eles, esquema corporal estaria ligado à estrutura neurológica responsável pelas informações proprioceptivas que permite o reconhecimento do corpo anatômico. De outra forma, a imagem corporal estaria ligada à vivência afetiva do nosso próprio corpo. No entanto,

"(...) as estruturas neurológicas e a vivência afetiva não são isoladas e estão sempre em transformação de forma inseparável e inter-relacionada. Os caminhos neuronais não são isolados e, portanto, o reconhecer e o sentir ocorrem conjuntamente, ou melhor, não existem em separado" (Tavares, 2003, p 38).

Le Boulch citado por Tavares (2003), não concorda com a posição dualista, pois a oposição entre os conceitos esquema e imagem corporal, cria uma impressão de que existiria, por um lado, um corpo neurológico e, por outro, um corpo espiritual e que teria que se fazer um esforço enorme para unir os dois corpos.

O corpo contém aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que se relacionam e se integram em todos os momentos da vida, através um processo contínuo de perceber. Esse corpo possui memória, história e identidade, e a representação dessa identidade corporal é que consideramos imagem corporal (Tavares, 2003).

Sendo assim, "a Imagem Corporal reflete de modo intrínseco como nos colocamos no mundo, um processo ao mesmo tempo direcionado pelo contexto do mundo externo e por nossa realidade interna" (Tavares, 2003, p 22).

A compreensão do conceito de imagem corporal está vinculada ao significado dos termos imagem e corpo. Tendo como base Tavares (2003), apresentaremos alguns conceitos sobre imagem e corpo.

"Imagem mental é a representação subjetiva de como o mundo, em um dado instante, se apresenta para nós" (Tavares, 2003, p. 28). A produção de imagens é contínua enquanto estamos acordados e durante nosso sono quando sonhamos.

“Cada cérebro constrói mapas do ambiente usando seus próprios parâmetros e sua própria estrutura interna, criando assim um modo único de perceber para cada pessoa” (Tavares, 2003, p. 29).

Já “o corpo é definido segundo os diferentes modos de abordagem” (Tavares, 2003, p. 35), exige uma abrangência de nosso olhar. Assim são feitas numerosas afirmações sobre o corpo, como: o corpo está sempre em movimento; o corpo é uma totalidade; a percepção do corpo e do mundo se modifica com os relacionamentos entre o corpo e o mundo; nosso corpo está sempre mudando, está sempre presente.

“A imagem corporal é a maneira pela qual nosso corpo aparece para nós mesmos. É a representação mental do nosso corpo. A abordagem da imagem corporal incrementa a convergência de intervenções motoras e psíquicas na busca do desenvolvimento da pessoa”.

“A imagem corporal está relacionada a todos os momentos, e a tudo o que fazemos. Ela é intrínseca à nossa personalidade e afeta nossa maneira de encarar o mundo, nossa relação com os outros e com nós mesmos” (Barros, 2001).

“Imagem corporal é uma foto mental que a pessoa forma dele(a) próprio. Cada pessoa tem uma imagem do corpo que considera ideal em relação ao próprio corpo. Uma alteração na imagem corporal da pessoa organiza uma série de emoções, percepções e reações psicológicas” (Flannery, 1999 apud Kolb, 1965).

Existem relações fisiológicas ocorrendo o tempo todo. No entanto, quando essas reações orgânicas estão prejudicadas, podem afetar a imagem que uma pessoa tem de si mesma. Relatos de Head citado por Schilder (1994), constataram que quando a imagem visual é preservada e a sensibilidade está prejudicada, ainda assim, é possível que o indivíduo diga exatamente onde foi tocado. Isto pode provar o quanto a visão

influencia na percepção de si mesmo, pois a imagem visual do corpo permanece mesmo que haja dificuldades na sensibilidade.

Sabe-se que o toque pode provocar uma imagem mental do local tocado, e tais imagens ajudam em sua localização. Embora isto aconteça, "(...) as imagens visuais que se encontram em nossa consciência são apenas uma pequena parte daquilo que realmente está ocorrendo na esfera psíquica" (Schilder, 1994).

Deste modo, o toque torna-se um importante aliado para o início dos processos mentais que são conectados às nossas experiências e também se alia à sensação e à percepção do que ocorre com o corpo (Barros, 2001).

Schilder (1994), relata situações em que a pessoa não consegue perceber um lado do corpo. A isso se dá o nome hemiplegia (paralisia de um dos lados do corpo). Num, de seus casos, o paciente não percebeu que seu lado esquerdo estava paralisado. Ele ignorou completamente este lado, voltando somente para a direita. Há, segundo o autor, uma lesão cortical e, provavelmente, o mesmo processo que o impedia de perceber o lado esquerdo seja responsável pela transferência de sensação para o outro lado do corpo. Desta forma, podemos observar que existem camadas corticais, porém o autor não cita quais são essas camadas que alteram as funções orgânicas, que auxiliam na construção da imagem corporal, uma vez que esta foi alterada e a pessoa não conseguia perceber seu lado esquerdo. Para ela sua imagem corporal resumia-se apenas ao seu lado direito.

Em outros estudos de Schilder (1994) com hemiplégicos, constatou-se que muitos deles acreditavam estarem sadios. Ao pedir para erguerem os dois braços, só levantavam o sadio, mas tinham a convicção que movimentavam os dois braços. Em

outros casos extremos, alguns sentiam que o lado paralisado era algo estranho e separado de si mesmo, como se não pertencesse a eles.

Em todos os casos podemos perceber que quando há lesões corticais, mesmo que localizadas, existe um prejuízo em relação à imagem corporal que a pessoa tem de seu corpo. Acontece uma deturpação daquilo que é real e do que o indivíduo tem como verdadeiro. Um dos possíveis fatores que pode levar a esta condição além da questão fisiológica, seria a vontade de esquecer que estamos incapacitados de realizarmos alguns movimentos.

Assim sendo, o lado psíquico torna-se um forte aliado para que possamos compreender esta situação, já que qualquer mudança na função orgânica está propensa a originar mecanismos psíquicos que tenham afinidade com esta mesma função (Schilder, 1994).

Acredita-se que as emoções tenham um papel fundamental no desenvolvimento da imagem corporal. Na verdade, há uma interação entre o lado fisiológico, neural e emocional, além do fator social. Um desses aspectos analisados separadamente tornaria a análise falha e incompleta. Mudanças em um deles podem ocasionar consequências na experiência do corpo (Wilhelm Stern apud Barros, 2001).

Um caso típico é o que chamamos de membro fantasma. Esta situação afeta toda a imagem corporal de uma pessoa, Schilder explica que “não há dúvida de que fenômenos desta natureza só podem ser interpretados quando aceitamos que a imagem corporal e o fantasma se baseiam em um complicado mecanismo cerebral”.

Para Paul Schilder a imagem corporal é construída junto com as etapas do desenvolvimento motor e, portanto, as crianças só conseguirão uma representação

coerente do corpo após os sete anos de idade, quando tiverem com sua percepção mais afinada.

Entre os 7 – 12 anos há a representação mental do corpo. Esta é uma etapa muito importante na estruturação da imagem corporal, pois a criança está integrando as experiências vividas, os dados perceptivo-cognitivos e a esfera intelectual (Barros, 2001 apud Le Boulch, 1987).

Um fator importante na determinação da imagem corporal é a libido. Schilder (1994) cita Freud que afirma que a libido pertence a nosso próprio corpo. Que nos interessamos pela integridade de nosso corpo. Para Schilder esta libido é chamada de narcisista. “É o estágio em que a criança se interessa apenas por si própria, sem se preocupar, de modo algum, com o mundo externo”

Com o passar dos anos, os objetos de interesse (pessoas amadas, o próprio corpo, etc) adquirem nova significação. Os genitais tornam-se a principal zona libidinal do corpo. A interação com o mundo cresce com as descobertas da libido. Começamos a perceber que só existimos como parte do mundo. Corpo e mundo interconectam-se e estão em constante intercâmbio. A imagem corporal é construída em meio esta conexão e a libido narcisista estará ligada a diferentes partes como: olhos, boca, mamilos, genitais, uretra e ânus, sendo que a imagem do corpo estará mudando o tempo todo. A energia é acumulada nesses pontos fazendo com que interajam entre si afetando a imagem do corpo de acordo com as tendências psicosssexuais da pessoa (Schilder, 1994).

Há outro fator importante na determinação da imagem corporal: a dor. Quando sofremos uma dor orgânica (uma dor fisicamente percebida), nossa estrutura libidinal modifica-se imediatamente. A energia volta-se para a parte doente. Preocupamo-nos

mais com a sensação do que com o objeto que nos causou a dor. Nossa relação com o mundo se altera. Só o corpo é o significante da dor. E a imagem corporal passa a ser estabelecida em função dessas novas sensações que sentimos. Com o sofrimento da dor, vem a doença, que altera fundamentalmente a imagem corporal. As pessoas utilizam-se dela para serem o centro das atenções (ibid).

Porém, as mudanças na imagem corporal podem ser drásticas, causando mudanças na esfera psicológica, isso sem falar na esfera orgânica (ibid).

Os aspectos sociais também são importantes na construção do conceito de imagem corporal. "A imagem corporal incorpora objetos ou propaga-se no espaço". Esse espaço pode ser o próprio corpo ou o mundo onde vivemos (ibid).

Interagimos uns com os outros constantemente. As imagens corporais se ligam por meio de uma proximidade espacial que favorece o contato entre corpos e suas experiências. "(...) a imagem é um fenômeno social (...) pois há um intercâmbio contínuo entre nossa própria imagem e a imagem corporal dos outros" (ibid).

Consciente ou inconscientemente, a imagem que temos de nós mesmos muda, dependendo da aceitação e julgamento que os outros fazem de nossa imagem. Há uma constante inter-relação na qual não se sabe ao certo onde começa e onde termina (ibid).

Ambos resultam de estímulos internos e externos de experiências da vida influenciadas por sentimentos e percepções da pessoa. Portanto, a idéia contemporânea de imagem corporal inclui uma extensa série de aspectos psicossociais e tratam não somente como a pessoa realmente parece, mas como elas pensam que elas parecem (Flannery, 1999).

Qualquer objeto que se conecte ao corpo em alguma extensão, é incorporado a ele. São usados como artifícios para modificar a imagem do corpo, exemplo disso são as roupas. Nós a utilizamos para parecermos mais jovens, magros, atraentes, etc (Schilder, 1994).

Outro objeto capaz de mudar nossa imagem corporal é o espelho. Ele reflete a verdade, a sinceridade, o conteúdo do coração e da consciência. É uma experiência real e imediata que traz emoções, negativas ou positivas em relação à (re) descoberta do próprio corpo ou partes que julgamos mais interessantes (ibid).

Além disso, a beleza é a promessa de satisfação completa ou pode levar a tal. É um fator determinante na construção da imagem corporal, que é resultado da vida social (Barros, 2001 apud Cash, 1990).

Portanto, é importante ressaltar que os fatores que fazem parte da imagem corporal só a fazem completa se todos estiverem unidos. Um fator por si só seria incompleto e insuficiente. "(...) nossa imagem corporal só adquire suas possibilidades e existência porque nosso corpo não é isolado. Um corpo é, necessariamente, um corpo entre corpos. Precisamos ter outros à nossa volta" (Schilder, 1994).

4 - CONSIDERAÇÕES SOBRE AMPUTAÇÃO

Há aproximadamente 400 mil pessoas com amputação nos Estados Unidos, com 43 mil a 50 mil amputações por ano. Noventa por cento destas amputações são de membros inferiores e 75% dos amputados tem acima de 65 anos de idade. A maioria das amputações resulta de trauma, câncer, deficiência congênita de membros e doença vascular periférica (Wetterhahn, 2002). O comprometimento é maior nos homens que nas mulheres (Gabriel, 2000).

As amputações podem ser de 2 tipos: congênitas e adquiridas. As amputações adquiridas podem ser traumáticas, isquêmicas ou cirúrgicas. A amputação cirúrgica é um procedimento antigo que, a primeira vista, talvez pareça uma medida puramente destrutiva, incompatível com os princípios ortopédicos de conservação e reabilitação.

Entretanto a amputação é somente o primeiro passo de uma série de medidas destinadas a conseguir a máxima reabilitação do paciente (Shands, 1974).

As amputações cirúrgicas devem efetuar-se quando a saúde do paciente melhorará significativamente com a separação de uma parte do corpo ferida de forma irreparável, dolorosa e inútil (ibid).

Segundo Zereu (1995), as principais causas de amputação são: vasculopatias periféricas; traumáticas; tumorais; infecciosas e congênitas.

A causa mais freqüente é a vasculopatia periférica, acometendo principalmente a faixa etária após os 50 anos, sendo os membros inferiores os mais comprometidos. As causas traumáticas atingem um grande número da população, quer seja por acidentes de trânsito, de trabalho ou qualquer outra etiologia (ibid).

Gabriel (2001), analisando a etiologia das amputações e suas repercussões físicas, psíquicas e funcionais alerta que o tratamento desses pacientes exige atenção de uma equipe multidisciplinar que avalie, com objetividade, a realidade e o futuro destes, a começar pela decisão do nível de amputação.

Em geral, o nível de amputação ideal é aquele que permite um aproveitamento funcional ótimo da extremidade. Tanto na extremidade inferior como na superior consideram-se níveis ótimos: os terços médios das diáfises dos ossos longos, já que permite um bom braço de alavanca (com vistas a acionar a prótese), além de apresentarem um recobrimento muscular suficiente (ibid).

A amputação efetuada na região da articulação se denomina desarticulação. A amputação na qual a superfície da ferida não está coberta com pele se chama amputação aberta. Esta amputação é temporária e usada para controle de infecções que freqüentemente precisam de procedimento cirúrgico secundário. A amputação

fechada normalmente é uma amputação definitiva com finalidade de formar um coto que possa ser usado eficazmente com a aplicação de próteses (Shands, 1974).

As amputações em níveis das partes distais de metacarpo e metatarso se chamam amputações menores. A estes níveis, não se usam os membros artificiais. Todas as amputações em níveis mais proximais dos metatarsos e metacarpos se denominam amputações maiores. Estas amputações devem criar um coto apto para um membro artificial (ibid).

As principais complicações pós-cirúrgicas são: deiscência de suturas; edemas; ulcerações no coto; inflamação; infecção; retração cicatricial; dor (no coto ou fantasma); neuromas; espículas ósseas; hipotrofias e hipotonias; contraturas musculares e osteoporose (regional) (Zereu, 1995).

As sete primeiras complicações citadas são as mais precoces, ou seja, afetam o coto quase sempre até a segunda ou terceira semana após a amputação. As cinco seguintes aparecem mais tardiamente, embora a dor possa apresentar-se em qualquer época e com características diferentes (ibid).

Dentre elas, as complicações que podem interferir na imagem corporal são: dor pós-amputação e o fenômeno do membro fantasma (Sakamoto, 1995; Zereu, 1995).

A "dor pós-amputação" de acordo com Sakamoto (1995), abrange dois aspectos:

Dor no coto de amputação

A incidência varia de 13% a 71%. Aparece nas primeiras semanas a despeito de uma cicatriz com boa evolução, em caráter de punhalada ou choque e pode ser desencadeada facilmente por estimulação do coto através de percussão ou pressão.

Sua evolução é variável e persistem em 21% e 22% dos pacientes, 6 meses a 2 anos após a amputação.

A dor no coto tem localização específica no mesmo, sendo caracterizada por desconforto leve, moderado ou intenso conseqüente a uma ou mais complicações (Zereu, 1995).

Fazem parte do fenômeno doloroso movimentos espontâneos do coto conhecidos como coréia do coto ou tique doloroso (ibid).

A dor fantasma

A dor fantasma, quando presente, caracteriza-se por câimbras ou dor penetrante, porém, é mais comum o paciente amputado perceber o membro fantasma, ou seja, a sensação de que a parte amputada ainda está presente (Tavares, 2003).

A dor fantasma é sempre grave, intensa, resistente às inúmeras formas de terapias, chegando a impedir o programa de reabilitação. Pode aparecer precoce ou tardiamente à amputação e apresenta duração imprevisível (Sakamoto, 1995).

Essa percepção do membro fantasma doloroso, pode manifestar-se em membro fantasma normal ou deformado, sendo a dor caracterizada como leve a moderada, tolerável, respondendo satisfatoriamente à terapêutica física ou medicamentosa, podendo durar semanas a anos (Zereu, 1995).

No entanto, a dor fantasma que freqüentemente se desenvolve interfere com a função necessária para uma melhora, ou aproximação do normal, da imagem corporal, como na vestimenta de roupas e na forma de andar com a prótese (Flannery, 1999).

Fenômeno comum nos portadores de amputação é o “fantasmico”, citado pelo paciente conforme a percepção do mesmo. Se doloroso ou não, normal ou deformado, estará presente em cerca de 95% dos amputados (Zereu, 1995).

Até a terceira semana após a amputação (aproximadamente), a maioria dos amputados manifesta a percepção fantásmica de um membro normal e indolor, e alguns já referem um membro fantasma deformado a partir da primeira semana. Geralmente após a terceira semana da amputação, a “percepção” começa a sofrer deformação, isto é, a impressão de que o membro amputado existe, porém contorcido ou desproporcional, e para que seja rotulado como tal, não deve apresentar dor (Sakamoto, 1995).

As sensações provenientes do membro fantasma são principalmente táteis e cinestésicas. “No início, o fantasma toma a forma da extremidade perdida, mas no decorrer dos anos, começa a mudar de forma e algumas de suas partes desaparecem” (Schilder, 1994). Sua posição normalmente é rígida, ou seja, fica a imagem de quando o indivíduo perdeu o membro. É como se houvesse a necessidade de registrar os últimos instantes em que o membro estava presente.

A maioria das pessoas tem vontade de coçar, acha que pode movimentá-lo e em questão de segundos, esquece que não tem o membro. Houveram casos em que o indivíduo imaginava que seu membro estava guardado em um lugar seguro e que seria devolvido em breve (Schilder, 1994).

A forma do membro fantasma muda com o passar dos anos e as partes que mantêm maior contato com o meio externo, como as mãos e o dorso dos pés tendem persistir, enquanto as regiões menos estimuladas tendem a desaparecer com o tempo (Tavares, 2003).

“O fenômeno fantasma demonstra que a sensação de posse do membro surge da representação do membro amputado no cérebro, que pode continuar ativo, até que o membro agora amputado, providencie um *feedback* de sensações” (Cash & Pruzinsky, 2004).

Segundo Cash & Pruzinsky (2004), muitos amputados continuam a sentir o membro amputado como se ele ainda estivesse fixo, por anos. O membro amputado impõe para eles que é mais importante que o membro real, tanto que o fantasma não aparece estático ou inerte. A pessoa pode automaticamente “estender” um braço que não existe ou “andar” com uma perna que está ausente. Esta prontidão é uma função de intenção que é consciente para efetuar o movimento. Porém, a intenção é rapidamente cancelada quando o membro está presente, mas não deseja ou não pode realizar o movimento. Quando não há membro, não há feedback e não há cancelamento. Então o programa neural para movimentar permanece ativo e o membro em ação consciente.

Podemos entender o membro fantasma como um padrão predeterminado no modelo postural do corpo que é ativado pelas sensações periféricas. Os processos emocionais são a força e a fonte de energia desses processos construtivos do padrão da imagem corporal. O fantasma de uma pessoa amputada é a reativação de um padrão perceptivo dado pelas forças emocionais (Tavares, 2003 apud Schilder).

Tavares (2003) cita Schilder, que explica que quando uma pessoa amputada tenta mover seu membro fantasma, tem um plano de movimento. O plano em si já é o início da atividade motora. A atividade motora se origina em uma intenção para um objetivo, que surge no movimento. Os movimentos irregulares do coto representam,

para ele, a expressão de tendências posturais que não são mais coordenadas pela direção para um objetivo definido no mundo externo.

5 - RELAÇÕES ENTRE IMAGEM CORPORAL E AMPUTAÇÃO

A amputação de um membro constitui um processo altamente agressivo para a pessoa que a sofre. Agressão que padece tanto no plano físico como no psíquico ao modificar o esquema corporal do indivíduo, o que gera uma situação de estresse diante da necessidade de enfrentar a atualidade e o futuro com uma deficiência evidente (Gabriel, 2001).

Com a perda de parte do corpo, o sujeito pode sofrer uma alteração brusca da imagem corporal, fazendo-se então necessária à reintegração desta imagem ao novo esquema corporal (Benedetto et al., 2002).

Oliver Sacks (1984) em seu livro "Uma perna para se apoiar" descreve a sensação de ter um membro amputado psicologicamente. Ele, um médico neurologista, acidentou-se escalando uma montanha e teve em sua perna esquerda a secção total do

tendão do músculo quadríceps. Após a cirurgia não sentia sua perna era como se ela não existisse, tivesse sido amputada, mas ela estava objetivamente, externamente ali. Havia por um lado um déficit perceptual, de modo que havia perdido toda sensibilidade da perna. Por outro lado, havia um déficit "solidário", de modo que havia perdido muito da sensibilidade pela perna. Era considerado um amputado "interno". Ele perdeu a imagem interior, ou representação, da perna. Houve uma perturbação de sua representação no cérebro dessa imagem corporal. Para Freud, que havia sido neurologista, e que havia criado a palavra "agnosia" em 1891, percebeu que ali existia uma síndrome patofisiológica específica, associada com o dano ao hemisfério posterior direito, que podia produzir mudanças específicas e singulares na identidade do corpo.

Paul Schilder (1994), aborda que possuímos a capacidade de mudar nossa imagem corporal continuamente e que "(...) temos, portanto, um número quase ilimitado de imagens corporais. Provavelmente a pessoa amputada tenta de uma maneira mais ou menos lúdica descobrir qual forma pode usar". E essa multiplicidade de imagens só pode ser conseguida pelas forças emocionais.

A imagem corporal da pessoa está constantemente mudando como um resultado de mudanças de percepção e reações de outras pessoas. A imagem corporal muda quando uma pessoa não aceita a mudança e agarra-se a velhas imagens, que são freqüentemente incompatíveis com a realidade (Flannery, 1999).

"Os distúrbios de imagem corporal ocorrem quando a pessoa amputada ainda apega-se à imagem corporal original, que não é a real, mas ideal, e não pode aceitar a mudança" (Flannery, 1999).

De acordo com Flannery (1999), vários fatores podem influenciar na reação do paciente para a perda de um membro, como: idade, nível de desenvolvimento da

pessoa e, como um fator de maior influência, a significância pessoal para o membro perdido. Por exemplo, um jovem atleta de tênis profissional que tem o sonho de ir para uma Olimpíada, pode ter um lugar de maior significância para a “função do braço” do que uma outra pessoa. Cultura e crença espiritual também podem influenciar na reação da perda de um membro. Algumas culturas e grupos religiosos têm muito mais controle ou reação mínima para maiores mudanças na vida do que outras pessoas (ibid).

Embora a maior parte da literatura enfocar os homens, mulheres, apesar da idade, carregam um distúrbio de imagem corporal por causa da expectativa social que elas possuem em serem sempre bonitas. O foco de beleza para elas é a face, assim o corpo em geral não é exigido ser tão ativo como os homens para sobreviver. Então, o sofrimento da amputação de membros inferiores não é tão profundo e deve ter menos distúrbios, talvez porque elas concentrem seus valores em outras partes do corpo, diminuindo a perda. No entanto, é esperado do homem “ser forte e bravo” e por isso deve demonstrar pouca emoção e dor sobre a perda do membro (ibid). Flannery, 1999 apud Von Deusen, 1997 relata que homens de meia idade (30 – 60 anos) indicam uma percepção discrepante entre a imagem corporal real e ideal, porém demonstraram pouco interesse.

Grupos de 60 anos de idade expressaram também pouco interesse com as diferenças entre a imagem corporal real e ideal, embora quando perguntavam para que indicassem a parte do corpo que possuía maior valor, as pernas eram escolhidas entre todas as outras partes do corpo (Flannery, 1999).

Pesquisadores indicam que entre adolescentes do sexo masculino, o tipo de corpo ideal é aquele musculoso nas extremidades superiores, porque representa uma personalidade dominante. Eles expressam antipatia pelo tipo de corpo fraco, redondo e acima do peso. Porém, foi encontrada na maioria destes homens pequena diferença de percepção entre a situação real e ideal, e não manifestavam distúrbios de imagem corporal (ibid).

Os homens deste grupo de idade consideram-se ideais, assim a perda do membro poderia estragar a imagem que eles criaram. Além disso, neste estágio de desenvolvimento da adolescência, este grupo poderia ter seus planos de vida interrompidos, isto incluindo uma vida ativa, esportes, profissão e relacionamentos que poderiam conduzir a uma vida longa. A perda do membro pode fazer todos os planos parecerem impossíveis e certamente exigir algumas mudanças (ibid).

Adolescentes são severamente críticos, facilmente embaraçados e, geralmente, autoconfiantes. Para eles, o ideal é a beleza, o corpo perfeito. A sociedade americana tem enfatizado o interesse na “perfeita” forma humana. A pessoa ideal está numa razão de 1 para 10, sendo que “10” significa beleza, serenidade e um corpo perfeitamente magro. Qualquer coisa que não se encaixe nessas medidas é rotulada “diferente”. Uma pessoa “normal” pode ter dificuldades em relacionar-se com esta questão de aparência do corpo. A forma como uma pessoa percebe suas características físicas influenciará no seu subjetivo bem estar (Flannery, 1999).

Aproximadamente, 60% dos adolescentes relatam insatisfação com os corpos deles, além disso, eles, similarmente com as mulheres e algumas idades, têm distúrbios de imagem corporal como regra. Um adolescente com amputação de membros inferiores, pode resultar em atraso de desenvolvimento. Intensamente semelhante, a

depressão pode acompanhar o luto da perda da própria imagem como um adulto e achar que a vida não merece continuar viva (ibid).

Se dada a escolha da amputação necessária para salvar a vida de jovens adolescentes e uma alternativa, eles podem muito bem escolher morrer “totalmente”. Quando parentes simplesmente fazem a decisão pela amputação, eles podem se tornar zangados e incapazes de perdoá-los pela mutilação e o relacionamento na família é permanentemente desfeito (ibid).

Novotny, 1986 apud Flannery, 1999 sustenta esses achados e discute que as reações extremas ocorrem porque adolescentes relacionam a amputação com destruição dos sonhos de uma vida longa, que acontecem normalmente com o amadurecimento, mas que devem mudar as metas para a realidade para igualar as possibilidades.

Dependendo da idade do adolescente, o sonho poderá nunca mais se realizar no tempo natural, ou envolverá em uma totalidade de novas metas todo tempo. Os jovens podem começar a se ver como tendo muito mais a fazer em atividades particulares porque podem parecer muito diferentes da realidade frente a outras pessoas sem amputação. Frequentemente a amputação é muito devastadora, por causa da inabilidade dos jovens em abstrair e construir possibilidades com um cérebro imaturo (Flannery, 1999).

Problemas de ajuste psicológico são comuns entre adultos com amputação de perna. Isto inclui ansiedade, isolamento social, diminuição da atividade sexual e depressão. Foi encontrado que mulheres são mais depressivas que os homens depois de uma amputação. E que adultos idosos são mais depressivos que adultos jovens durante o primeiro ano depois da amputação (Rybarczyk, 1995).

Relatos têm sugerido uma relação entre imagem corporal negativa e mau ajuste psicológico para amputação de perna. Alguns estudos têm sugerido que altos níveis de percepção de saúde e apoio social em pessoas amputadas por outras causas que não sejam doenças vasculares, e o gênero masculino estavam ligados a grande satisfação de vida (Rybarczyk, 1995 apud Hyland et al, 1990). Em contrapartida, baixos níveis de percepção de saúde e apoio social estavam ligados à depressão (Rybarczyk, 1995 apud Rybarczyk, 1992).

Finalmente, recentes estudos demonstrados por Rybarczyk, (1995), examinaram algumas variáveis psicossociais e concluíram que percepção de saúde, estado funcional, atitude otimista e satisfação com apoio social eram fortes predisponentes de depressão entre adultos com amputação.

Portanto, desenvolveram alguns itens na Escala de Imagem Corporal Relatada-Amputação (ARBIS) para endereçar unicamente às inquietações relatadas por indivíduos com amputação.

O ARBIS foi construído com a soma de oito itens que refletiam assuntos relatados pelos pacientes, com os 3 itens escritos por um grupo de 5 profissionais que trabalham com indivíduos amputados (2 psicólogos, 2 fisiátras e 1 protético). Esta é um escala de Likert 5-pontos numa razão de "nunca" para "todo tempo", e contém os seguintes itens:

- 1 - Me preocupa ter adultos que eu não conheço e que perguntam sobre minha prótese.
- 2 - Eu evito olhar para minha prótese.
- 3 - Eu coloco minha prótese longe dos olhos quando eu não estou usando.

- 4 - Eu evito sair em público por causa da maneira como ando com minha prótese ou como olham para o coto.
- 5 - Me incomodaria ter crianças que não conheço me perguntando sobre minha amputação ou prótese.
- 6 - A palavra "coto" me incomoda.
- 7 - Eu evito usar minha prótese por causa dos outros olhando como ando.
- 8 - Eu evito olhar para meu coto.
- 9 - Eu tento esconder o fato que eu tenho uma amputação.
- 10- Me incomoda pessoas que eu conheço bem (como membros da família e amigos) perguntarem sobre minha amputação ou prótese.
- 11 - Eu acho que minha prótese é feia.

Com os resultados desse teste, hipotetizaram que a percepção de estigma social é uma importante predisposição de ajustamento para amputação (Rybarczyk, 1995).

"Percepção de estigma social é definida como a percepção do indivíduo para o que outros demonstram através de atitudes negativas estereotipadas sobre ele ou ela como um resultado da deficiência". Indivíduos com deficiências encontram uma grande série de atitudes e condutas preconceituosas quando interagem com pessoas sem deficiências (ibid).

Por isso têm teorizado que ajuste psicológico positivo para deficiência inclui uma diminuição de interesse sobre atitudes e condutas estigmatizantes de outras pessoas. Esta teoria é apoiada com um relato de Rybarczyk, 1995 apud Henker, 1979 em que alguns indivíduos com amputação que possuem problemas de ajuste, sentem que outras pessoas conhecem sobre a deficiência deles e os rejeitam por causa disto. No

entanto, o paciente que possui altos níveis de percepção de estigma social faz pouca melhoria no programa de reabilitação.

A PSSS (Escala de Percepção de Estigma Social) é uma escala de 22 itens que atribuem características incluindo estereótipos negativos sobre desabilidades de pessoas. Porém, as características redundantes ou extremas foram excluídas. O final foram 14 características negativas (um fardo, diferente, triste, desajeitado, devagar, desprezível, evidente, estranho, esquisito, inútil, dependente, deficiente, vergonhoso, indefeso) e 8 antônimos de características negativas (inteligente, atrativo, amigável, mérito conhecido, confiante, normal, saudável, são). Os participantes foram instruídos a pôr cada característica na afirmação “Como uma pessoa com amputação, “outros vêem” como” e avaliar cada afirmação com:

- (1) “não é verdadeiro”
- (2) “um tanto verdadeiro”
- (3) “na maior parte verdadeiro”
- (4) “muito verdadeiro”

Nenhuma instrução específica foi dada para a palavra “outros”.

Para avaliar a percepção de apoio social, estudos usaram itens que foram escritos para avaliar os recursos de apoio social. Numa escala de: (1) “definitivamente verdadeiro” para (4) “definitivamente falso”, os participantes avaliaram as seguintes afirmações:

- “Quando eu me sinto solitário há várias pessoas que eu posso conversar”;
- “Eu freqüentemente me encontro com familiares ou amigos”;
- “Quando eu estou doente, eu posso facilmente encontrar alguém para me ajudar com as tarefas diárias”;

“Quando eu preciso de sugestões sobre como tratar um problema pessoal, eu conheço alguém que pode me ajudar”;

“Se eu tenho que sair da cidade por poucas semanas, seria difícil encontrar alguém que olhe meu apartamento ou minha casa (as plantas, animais, jardins, etc)”;

“Há no mínimo uma pessoa que eu conheço, que dá conselhos que eu realmente confio”.

Na avaliação da própria saúde, esta parte do questionário contém somente um item examinando a percepção do participante para o nível de saúde (“Em geral, você diria que saúde é...”). Os participantes responderam numa escala de 1 (excelente) para 5 (ruim).

Centro de Estudos Epidemiológicos – Escala de Depressão (CES-D), foi designado para medir sintomas de depressão na população em geral. Os participantes respondiam 20 afirmações, numa escala de 0 (raramente ou nunca) para 3 (muito ou todo tempo) o quanto eles foram verdadeiros durante a semana passada.

As respostas para alteração de imagem corporal são extremamente pessoais e subjetivas e depende das características individuais de cada pessoa. A imagem-própria inclui três componentes: (1) experiências passadas, inclusive física, psicológica e social, (2) interações sociais, e (3) sensações. Esses fatores influenciam primeiramente na resposta do paciente para a perda, depois ocorre um estágio de alarme. Então, um impulso para procurar e recuperar o membro perdido (ibid).

Para que o paciente aceite sua doença ou perda física, é necessário que passe por vários estágios que compõem o processo de elaboração do luto. A primeira reação do paciente pode ser um estado de choque do qual se recupera gradualmente. Quando

termina a sensação inicial, é comum a reação de negação. Este estágio não significa que o paciente abandonará totalmente sua realidade e não enfrentará mais a doença, mas que, pelo menos, naquele momento não está preparado para enfrentar tal realidade (Kubler-Ross, 1989).

A pessoa sofrendo a perda do membro torna-se preocupada com a imagem do corpo alterado. O membro está agora perdido, e o corpo não está compreendendo se é o mesmo que era antes. A pessoa anseia por algo do mundo para ser como era e tende a invejar pessoas que estão intactas e pode manifestar-se irritada com os profissionais que cuidam da saúde (Flannery, 1999).

Paul Schilder (1994), relata casos em que um indivíduo imaginava que seu membro estava guardado em um lugar e que seria devolvido em breve. "Depois da amputação o indivíduo tem que entender uma nova situação, mas como reluta em aceitá-la tentar manter a integridade de seu corpo".

"Amputação por definição resulta em alteração do corpo". Embora não imediatamente, isso também resulta na alteração da imagem corporal. Quando a percepção, dele ou dela próprio, é distorcida, há interferência nos movimentos do corpo que são necessários para realizar atividades diárias (Wetterhahn, 2002).

"A pessoa que tem dificuldade em aceitar a imagem do corpo dele ou dela como um amputado ou alguém com uma prótese é comum rejeitar o uso da prótese e enfrenta dificuldade no ajuste funcional e social" (Wetterhahn, 2002).

A amputação é uma das maiores causas de deficiência permanente, e por isso está freqüentemente associada ao aumento da ansiedade, isolamento social e depressão, podendo mudar a vida social e as atividades livres desses indivíduos (Watanabe, 1999).

Como resultado de uma amputação adquirida, um indivíduo que usa prótese é forçado a equilibrar três distintas imagens corporais: a do corpo intacto da pré-amputação, o corpo com um recém membro perdido e a imagem do corpo com a prótese (Wetterhahn, 2002).

O uso do equipamento protético é um componente importante na experiência do amputado. Isto porque o membro protético apropriado ajuda na mobilidade da prótese e representa um grande auxílio no ajuste e na manutenção satisfatória da imagem corporal (ibid).

Ajudar amputados a ter sucesso na integração dentro das necessidades da sociedade, apesar dos distúrbios de imagem corporal associados com amputação são responsabilidades da reabilitação. E a atividade física pode ser útil no tratamento (ibid).

Uma positiva associação tem sido encontrada entre atividade física regular , saúde e bem-estar. Melhorias psicológicas incluem elevada auto-estima, humor, memória e diminuição do estresse (ibid).

Wetterhahn (2002) apud Valliant (1985), discute a razão da atividade física para pessoas com incapacidades e conclui que é um "incentivo para esses indivíduos por fazerem retomar suas vidas numa direção positiva". Esportes para pessoas com deficiências físicas oferecem vários benefícios através de atividades físicas adaptadas, aumentam a própria confiança e promovem amizades (Wetterhahn, 2002 apud Stensman, 1989). Inversamente, inatividade física tem sido um grande fator contribuinte na deterioração da saúde destas pessoas (Wetterhahn, 2002 apud Rimmer, 1996).

Por esses motivos a atividade física tem sido uma recomendação positiva no ajuste para perda de membros. Para amputados, a atividade física melhora a propriocepção dos membros e aumenta a capacidade de usar o mecanismo protético.

Devido a melhora da agilidade e coordenação, essas pessoas aumentam a confiança e melhoram a sensação de controle do próprio físico (Wetterhahn, 2002).

Estudos têm descoberto que o domínio sobre o uso do membro artificial (que ocorre através da atividade física) pode atenuar problemas e restaurar a imagem corporal. Pesquisadores têm sustentado a suposição dos terapeutas que a atividade física altera a imagem corporal e que o tratamento pode ser mudado para melhor .

Porém, poucos estudos existem na literatura relativo ao processo de restauração da imagem corporal depois da amputação e como a reabilitação muda o estilo de vida e reduz as consequências negativas (Wetterhahn, 2002).

Wetterhahn, 2002 apud Drench, 1994 diz que imagem corporal é porção do próprio conceito que envolve atitudes e experiências próprias para o corpo, incluindo “noções sobre masculinidade e feminilidade, destreza física, resistência e capacidades”. Por isso, freqüentemente distúrbios de imagem corporal resultam em valores sociais que enfatizam vitalidade e boa forma física e, portanto, amputação é vista como um fracasso.

Através da investigação feita por um Questionário de Relação Multidimensional da Própria Imagem Corporal (MBSRQ) e uma Escala de Imagem Corporal de Amputados (ABIS), testou-se a hipótese de que há diferença na imagem corporal entre amputados de membros inferiores ativos e não ativos.

O MBSRQ avalia os aspectos atitudinais de se construir imagem corporal. Consiste em mensurar a aparência, a forma física, e a saúde ou doença através da dimensão da avaliação e orientação.

O ABIS é um questionário criado para medir a percepção da imagem corporal de amputados. As questões avaliam como um indivíduo percebe e sente a experiência de seu próprio corpo.

O resultado deste estudo indicou que há uma significativa relação positiva entre níveis de atividade física e a imagem corporal de indivíduos com amputação de membros inferiores.

Houve também significativa diferença na avaliação da aparência, boa forma, entre os grupos ativos e minimamente ativos, indicando que a participação na atividade física está associada com ótima satisfação com a aparência e percepção de boa forma. Conclui-se que indivíduos com amputação que são ativos experimentam menos distúrbios de imagem corporal que os que não são ativos.

Não houve diferença significativa entre os amputados que usavam prótese ou não, em contraste de Sanders, 1986 apud Wetterhahn, 2002 encontrou positiva relação existente entre a imagem corporal de amputados que usavam prótese, pois, eles esperam dar a ilusão de um corpo intacto.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O corpo contém aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais que se relacionam e se interagem em todos os momentos da vida, através um processo contínuo de perceber. Esse corpo possui memória, história e identidade, e a representação dessa identidade corporal é que consideramos imagem corporal (Schilder, 1994; Tavares, 2003).

“A deficiência física, independente da sua forma de manifestação, pode afetar a imagem corporal do indivíduo” (Benetto et al., 2002) e é nesse contexto que procuramos o aprofundamento no que diz respeito as alterações de imagem corporal de pessoas que passam por amputação, a fim de que haja uma mudança de perspectiva da pessoa portadora de deficiência física.

A pessoa sofrendo a perda do membro torna-se preocupada com a imagem do corpo alterado. O membro está agora perdido, e o corpo não está compreendendo se é o mesmo que era antes (Schilder, 1994; Flannery, 1999; Wetterhahn, 2002).

Existem muitos fatores que podem influenciar na reação do paciente para a perda de um membro: idade, nível de desenvolvimento da pessoa, a significância pessoal para o membro perdido, cultura, crença espiritual, gênero, idade e a forma de analisar a si próprio, observar como está sendo visto pelos outros sem amputação, e como aceitar a deficiência (Schilder, 1994; Sakamoto, 1995; Zereu, 1995; Flannery, 1999; Wetterhahn, 2002).

No entanto, as respostas para alteração de imagem corporal são extremamente pessoais e subjetivas e depende das características individuais de cada pessoa. A imagem-própria inclui três componentes: (1) experiências passadas, inclusive física, psicológica e social, (2) interações sociais, e (3) sensações (Rybarczyk, 1995).

Foi visto que pessoas amputadas que tem alto nível de percepção saúde e apoio social possuem uma grande satisfação de vida (Rybarczyk, 1995 apud Hyland et al, 1990).

Uma positiva associação também foi encontrada entre atividade física regular, saúde e bem-estar, além de melhorias psicológicas que incluem elevada auto-estima, humor, memória e diminuição do estresse. Apesar de não se saber a natureza com que isto acontece, conclui-se que indivíduos com amputação que são ativos experimentam menos distúrbios de imagem corporal que os que não são ativos (Wetterhahn, 2002).

Isto posto, podemos dizer que profissionais da reabilitação devem encorajar a participação de amputados nos esportes como parte do tratamento.

Por todas informações apresentadas ao longo do trabalho, pudemos analisar alguns aspectos relacionados à imagem corporal e amputação. Com certeza esta monografia está longe de solucionar os problemas pertinentes ao tema, mas ela traz uma visão geral do assunto, tanto no que diz respeito às alterações de imagem corporal apresentadas em amputados, como estudos e questionários que têm sido desenvolvidos sobre as formas de se avaliar as inquietações fisiológicas, sociais e psicológicas das pessoas que passam por uma amputação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação - Referências - Elaboração: NBR 6023**. Rio de Janeiro, 2002.

BARBOSA, R.M.S.P. **Avaliação da Catexe Corporal dos Participantes do Programa de Educação Física Gerontológica da Universidade Federal do Amazonas**, Tese de Doutorado, Faculdade de Educação Física-UNICAMP, Campinas-SP, 2003.

BARROS, D.D. **Estudo da Imagem Corporal da Mulher: Corpo (ir)Real x Corpo Ideal**, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física-UNICAMP, Campinas, 2001.

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

CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. **Body Image. A handbook of theory, research clinical & clinical practice**. Guilford, 2004.

FLANNERY, J.C.; FARIA, S.H. **Limb loss: Alterations in body image**. Journal of Vascular Nursing, v. 17, n. 4, p. 100-106, 1999.

GABRIEL, M.R.S.; CARRIL, M.L.S. **Fisioterapia em Traumatologia, Ortopedia e Reumatologia**, Rio de Janeiro - RJ: Revinter, 2001.

KUBLER – ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**, São Paulo – SP: Martins Fontes, 1989.

SACKS, O. **Uma perna para se apoiar**, Rio de Janeiro - RJ: Imago, 1984.

SAKAMOTO, H. **Dor pós-amputação – abordagem terapêutica**. Acta Fisiátrica, v. 2, n. 1, p. 7-10, 1995.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo - As Energias Construtivas da Psique**. São Paulo, Martins fontes, 1994.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 22 ed. São Paulo, Cortez, 2002.

SHANDS, A.R.; RANEY, R.B.; BRASHEAR, H.R. **Manual de cirurgia ortopédica**, Barcelona , Salvat, 1974.

TAVARES, M.C.G.C.F. **Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento**, Barueri-SP: Manole, 2003.

TURTELLI, L.S. **Relações entre imagem corporal e qualidade de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física-UNICAMP, Campinas-SP, 2003.

WATANABE, Y.; McCLUSKIE, P.J.A.; HAKIM, E.; ASAMI, T.; WATANABE, H. **Lower limb amputee patients' satisfaction with information and rehabilitation**. Int J Rehabil Res, v. 22, p. 67-69, 1999.

WETTERHAHN, K.A.; HANSON, C.; LEVY, C.E. **Effect of participation in physical activity on body image of amputees**. Am J Med Rehabil, v. 81, p. 194-201, 2002.

ZEREU, A.A.; FURLAN, A.D.; CARNEIRO, A.P.; SANTOS, A.C.; TERRERI, A.P.; SANTOS, C.A. *et al.* **Avaliação fisiátrica do amputado**. Acta Fisiátrica, v. 2, n. 2, p. 3-6, 1995.

SUGESTÕES BIBLIOGRÁFICAS

BREAKEY, J.W. Body image: the lower-limb amputee. J. Prosthet Orthot, v. 9, p. 58-66, 1997.

BROWN, T.A., CASH, T.F., MIKULKA, P.J. Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the body-self relations questionnaire. J Pers Assess, v. 55, p. 135-144, 1990.

CASH, T.F. The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (available on request from the author). Norfolk, V.A., Old Dominion University, 1994.