

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Cristina Martins Torres Masiero

A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho.  
Uma abordagem psicossomática.

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
NÚCLEO DE PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR DO  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA  
CLÍNICA

SÃO PAULO

2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Cristina Martins Torres Masiero

A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho.  
Uma abordagem psicossomática.

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
NÚCLEO DE PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR DO  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA  
CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Ceres Alves Araújo.

SÃO PAULO

2008

Banca Examinadora

---

---

---

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela constante valorização e investimento na minha formação profissional. E neste trabalho, agradeço, também, pela participação na revisão do Português e do conteúdo. Especificamente à minha mãe, *Helena*, agradeço pelo constante apoio e carinho, que muito contribui para meus processos de resiliência. Ao meu pai, *Danilo*, por ter me apresentado à reabilitação, por ter me mostrado a importância do compromisso social no desenvolvimento de um trabalho científico e por ter participado, como médico e pesquisador experiente, na construção deste trabalho.

Ao *Marcelo C. da A. Fonseca*, meu marido, pelo constante suporte emocional, pela revisão do conteúdo e do Português deste trabalho, e, mais ainda, pelo respeito e tolerância durante toda a jornada do mestrado.

Agradeço às minhas irmãs, sogros, cunhados e sobrinho pelas demonstrações de carinho, respeito e compreensão com a minha restrição de tempo nos últimos meses. Em especial à *Camila M. T. Masiero* e *Marcia M. T. Masiero*, pelas orientações em informática e à *Angela C. da A. Fonseca*, pela revisão do resumo na língua inglesa.

Agradeço à *Dra. Therezinha Rosane Chamlian*, Chefe da Disciplina de Fisiatria da UNIFESP e Diretora Técnica do Lar Escola São Francisco (LESF), pela confiança e constante suporte para o meu trabalho e pela autorização para a coleta dos dados desta pesquisa. À *Claudia Regina Pirani Xande*, Superintendente do LESF, pelo apoio e confiança.

Aos colegas da Equipe de Lesão Medular do LESF que muito me ensinam sobre reabilitação. Em especial, ao *Dr. Ricardo D. Savodeli*, à *Heloize C. Borges*, *Paula Uenish*, *Nadia Ap. do Amaral*, *Marcia Nardi* e *Fabiana Y. Takatuzi*, pela ajuda para a coleta dos dados. À *Stella M. Molinari*, *Roberta G. Nardi*, *Maria Aparecida B. P. Valença* e *Flavia Varga*, pela parceria, por compartilharem experiências e discutirem comigo sobre a inclusão, com entusiasmo. Às colegas *Mirian Metello*, *Simone M. P. F. Lima*, *Josywanda B. Russo*, às professoras *Edineide* e *Zilda* e às secretárias *Carla* e *Claudete*, pelo carinho e atenção.

Às psicólogas do LESF, *Sandra R. Rodrigues*, *Janaina de Carvalho*, *Lydiane R. P. Fabretti* e *Sabine A. Zanotello*, pela amizade, pelo carinho e por dividirem comigo seus conhecimentos e experiência em Psicologia com toda a confiança e intimidade, que muito me faz crescer.

Ao *Dr. Luiz Antônio de Arruda Botelho*, Diretor Superintendente da Fundação Selma, pela autorização para a coleta dos dados, confiança e apoio profissional, e oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento da visão humanista e holística da reabilitação.

Às amigas *Adnamare Tikasawa, Rebeca Santos e Andrea*, pelo auxílio no levantamento da amostra e organização para a coleta dos dados na Fundação Selma.

Ao *Dr. Antonio Carlos Fernandes*, Diretor Clínico da Associação de Assistência à Criança Defeituosa, pela confiança e autorização para coleta de dados. Às Equipes de Psicologia e de Lesão Medular da AACD, pela abertura do espaço e, em especial, à psicóloga *Claudia V. Pessoa*, pela dedicação e auxílio para a coleta dos dados.

À *Sra. Elisa Guskuma Henna*, Diretora Clínica da Associação dos Policiais Militares do Estado de São Paulo, pela autorização para a coleta de dados. E à amiga *Silvia S. Cavalli*, coordenadora da Fisioterapia, pelo envolvimento direto na organização da coleta dos dados.

À *Profa. Dra. Mathilde Neder*, Coordenadora do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, por ter me guiado no início da jornada deste trabalho e compartilhar experiências importantes para a elaboração de um trabalho científico.

À *Profa. Dra. Ceres Alves Araújo*, minha orientadora, pelos conhecimentos compartilhados, pela delicadeza, apoio e confiança demonstrados.

À *Profa. Dra. Edna Peters Kahhale*, pelo incentivo desde o início, pelo apoio durante o processo e por despertar em mim uma postura crítica e consciente sobre a prática em Psicologia. Ao *Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos*, pelo incentivo e motivação, e pela sensibilidade com a qual apresentou as questões da prática em psicoterapia e pesquisa.

À *Profa. Yara P. G. de Castropela*, pela produção das tabelas e orientação em estatística sempre com carinho e paciência.

Ao *Dr. George Barbosa*, pelo estímulo para o início da minha jornada no mestrado, pela amizade, pela autorização do uso do questionário de resiliência que validou, bem como pela ajuda para tabulação dos dados e para a análise dos resultados dos fatores de resiliência.

Aos colegas da PUC-SP, pela postura sempre colaboradora, e em especial, à *Maria Cecília Chequini, Karoline de S. Barbosa, Fernando Maeda, Maria Thereza Nappi, Mariana C. Taliba, Rosângela Fígaro, Rita Motooka e Mariângela Donice*.

Ao *Dr. João Ribas*, pelas importantes contribuições feitas na ocasião da banca de qualificação que muito contribuíram para a finalização deste trabalho.

Aos *participantes* da amostra, que foram a razão deste estudo, que colaboraram e dedicaram um pouco do seu tempo para a coleta de dados.

Ao *CNPQ*, pela bolsa concedida para uma parte do curso de Mestrado.

Agradeço ainda a todos aqueles que, de alguma forma, participam do meu caminho profissional.

MASIERO, C.M.T. **A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho. Uma abordagem psicossomática.** Dissertação de mestrado, pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, 2008.

## RESUMO

**Introdução:** A aquisição de uma deficiência física por lesão medular, pode ocasionar o quadro de paraplegia, exigindo, muitas vezes, o uso de cadeira de rodas para locomoção. Além da mobilidade reduzida e de outras conseqüências clínicas, as pessoas com lesão medular podem ter que lidar com os impactos emocional e social da aquisição dessa deficiência. Estudos epidemiológicos apontam que a maioria das pessoas que sofrem a lesão medular são jovens adultos, do sexo masculino, fazendo com que o retorno ao trabalho seja um tema de extrema importância. Para justificar a relevância deste trabalho, soma-se à última informação, o atual movimento pela inclusão profissional de pessoas com deficiências, promovido pela “lei de cotas”. A mobilidade reduzida e a existência de barreiras físicas e atitudinais podem constituir-se como *fatores de risco* para o desenvolvimento esperado para esses adultos, uma vez que podem sofrer alterações nos seus papéis familiares, sociais e profissionais. Nessa perspectiva, torna-se importante o estudo da resiliência dessas pessoas, que envolve os recursos de *enfrentamento* de adversidades e a habilidade de *adaptação positiva*, que traduzem a capacidade de algumas pessoas de lidarem com as adversidades e aprenderem com elas. O retorno ao trabalho pode representar a retomada do processo do desenvolvimento pessoal, após a aquisição da lesão medular. **Objetivos:** levantar as características sócio-demográficas e de resiliência de uma amostra de 60 pessoas com lesão medular, comparar essas características entre os 30 participantes da amostra que estavam trabalhando e os 30 que não estavam e levantar os aspectos psicológicos da amostra, a partir dos resultados dos fatores de resiliência. **Método:** para a coleta de dados utilizamos um “Questionário de Dados Sócio-demográficos” e o “Questionário de Resiliência Adultos Reivich-Shatté/Barbosa”. Os dados foram submetidos a análise estatística permitindo a descrição das características sócio-demográficas e de resiliência da amostra, bem como a comparação dessas características nos dois grupos. A partir da análise desses dados, pudemos levantar alguns aspectos psicológicos da amostra. **Resultados:** A amostra apresentou características condizentes com os estudos epidemiológicos sobre a população de pessoas com lesão medular, com relação ao sexo, faixa etária e forma de aquisição da lesão. Os resultados para os fatores de resiliência permitiram levantar alguns aspectos psicológicos da amostra. Na comparação entre os grupos, não encontramos diferenças significantes para os fatores de resiliência, contudo, os dados apontaram que as barreiras físicas, as barreiras atitudinais e a dificuldade para autonomia são fatores que dificultam o retorno dessas pessoas ao trabalho. Encontramos indicativos que sugerem a importância do trabalho do psicólogo em auxiliar essas pessoas a elaborarem suas emoções para desenvolverem melhor os fatores de resiliência e conseguirem retomar seu percurso de desenvolvimento pessoal, incluindo a capacidade da construção de uma nova identidade profissional.

**Palavras-chave:** deficiência física, resiliência, inclusão profissional.

MASIERO, C.M.T. **A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho. Uma abordagem psicossomática.** Dissertação de mestrado, pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, 2008.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Paraplegia may be caused by physical deficiency as a result of a spinal cord injury, often being necessary the use of wheelchair for locomotion by the injured person. On top of reduced mobility and other clinical consequences, people with spinal cord injury might have to deal with emotional and social impacts. Epidemiological studies show that most of spinal cord injury patients are young male adults, what makes returning to work an extremely important topic. Furthermore, the relevance of this study is justified/highlighted by the recent movement for inclusion of handicapped people in the work environment, as outlined in the “quote law” in Brazil. Reduced mobility, as well as some environmental barriers (physical barriers and society’s attitudes) may be risk factors that could negatively affect the development of these young adults, once they could alter their roles in their families and in the society (socially and professionally). There comes the importance of studying these people’s resilience which involves the ability to cope and positively adapt when dealing with adversities, and their capacity to learn from these situations. Returning to work might represent the re-start of their personal development after the spinal cord injury has occurred.

**Objectives:** to collect social-demographics and resilience characteristics of 60 participants with spinal cord injury, to compare these characteristics between 30 worker with 30 non-worker participants, and to collect the psychological aspects of this study sample from the resilience results. **Method:** A “Social-Demographic Questionnaire” and the “Questionário de Resiliência Adulto Reivich-Shatté/Barbosa” were used to collect the data. The data statistical analysis showed the social-demographic and resilience characteristics of the study sample, as well as the comparison of these characteristics between the two groups. From the data analysis, it was possible to collect some psychological aspects of the study sample. **Results:** the study sample showed similar characteristics to the epidemiological studies done with spinal cord injury population as it relates to sex, age and how the spinal cord injury was acquired. When comparing the two groups, no significant differences were found for the resilience factors. However, the data showed that environmental factors (physical barriers and society’s attitude), and the difficulty to have autonomy are factors that could make it more challenging for people with spinal cord injury to return to work. It also was possible to collect some psychological aspects of the sample based on the resilience factors results. That showed the importance of the psychologists in helping people with spinal cord injury to deal with their emotions and to better develop their resilience factors. This would allow them to return to their personal development, including their capacity to rebuild a new professional identity.

**Key-words:** handicapped persons, resilience, returning to work.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 2 - OBJETIVOS</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 3 - REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
3.1 LESÃO MEDULAR E REABILITAÇÃO .....	17
3.1.1 Etiologia e Epidemiologia .....	19
3.1.2 Aspectos Psicológicos e Qualidade de Vida .....	21
3.2 DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA - ASPECTOS PSICOLÓGICOS .....	22
3.2.1 O Impacto Emocional da Deficiência Física Adquirida .....	23
3.2.2 O Impacto Emocional na Aquisição da Lesão Medular .....	25
3.2.3 O Impacto da Deficiência na Família .....	27
3.3 DEFICIÊNCIA E INDIVIDUAÇÃO – RETOMADA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO .....	28
3.4 INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA .....	31
3.4.1 A Deficiência na Pré-História e Idade Antiga .....	33
3.4.2 A Deficiência na Idade Média .....	34
3.4.3 A Deficiência na Idade Moderna .....	35
3.4.4 A “Lei de Cotas” e os Movimentos Atuais de Inclusão .....	44
3.5 A TENDÊNCIA EXCLUDENTE COMO CARACTERÍSTICA ARQUETÍPICA .....	45
3.6 INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO .....	51
3.7 RESILIÊNCIA .....	56
3.7.1 O Conceito de Resiliência .....	56
3.8 AVALIAÇÃO DE RESILIÊNCIA .....	67
<b>CAPÍTULO 4 - MÉTODO</b> .....	71
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	71
4.2 LOCAL DA COLETA .....	71
4.3 PARTICIPANTES .....	71
4.4 INSTRUMENTOS .....	72
4.4.1 Questionário dos Dados Sócio-demográficos .....	72
4.4.2 Questionário de Resiliência: Adultos Reivich – Shatté / Barbosa .....	73
4.4.2.1 Fator Administração das Emoções .....	74
4.4.2.2 Avaliação dos resultados para o fator Administração das Emoções .....	74
4.4.2.3 Fator Controle dos Impulsos .....	74
4.4.2.4 Avaliação dos resultados para o fator Controle dos Impulsos .....	75
4.4.2.5 Fator Otimismo .....	75
4.4.2.6 Avaliação dos resultados para o fator Otimismo .....	75
4.4.2.7 Fator Análise do Ambiente .....	76
4.4.2.8 Avaliação dos resultados para o fator Análise do Ambiente .....	76
4.4.2.9 Fator Empatia .....	76
4.4.2.10 Avaliação dos resultados para o fator Empatia .....	76
4.4.2.11 Fator Auto-eficácia .....	77

4.4.2.12 Avaliação dos resultados para o fator Auto-eficácia .....	77
4.4.2.13 Fator Alcançar Pessoas .....	77
4.4.2.14 Avaliação dos resultados para o fator Alcançar Pessoas .....	77
4.5 PROCEDIMENTOS .....	78
4.6 CUIDADOS ÉTICOS .....	78
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	78
<b>CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>80</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	80
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À LESÃO MEDULAR .....	88
5.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA APÓS A LESÃO MEDULAR .....	91
5.4 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA COM RELAÇÃO À SITUAÇÃO PROFISSIONAL .....	95
5.5 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA COM RELAÇÃO À COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR .....	101
5.6 COMPARAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS QUE TRABALHAVAM E NÃO TRABALHAVAM .....	102
5.7 CORRELAÇÕES COM FATORES DE RESILIÊNCIA .....	110
<b>CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>121</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA AMOSTRA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR .....	121
6.1.1 Com Relação aos Dados Sócio-Demográficos .....	121
6.1.2 Com Relação à Aquisição da Lesão Medular .....	123
6.1.3 Análise das Características da Amostra Após a Lesão Medular .....	123
6.2 COMPARAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS NOS GRUPOS DOS QUE TRABALHAVAM E NÃO TRABALHAVAM .....	125
6.2.1 Com Relação à Situação Profissional dos Participantes da Amostra .....	125
6.2.2 Com Relação à Escolaridade .....	127
6.2.3 Com relação ao Estilo de Vida Afetiva .....	128
6.2.4 Com Relação ao Recebimento de Benefício Previdenciário .....	128
6.2.5 Com Relação ao Tempo de Aquisição da Lesão Medular .....	128
6.2.6 Com Relação à Causa da Lesão Medular .....	129
6.2.7 Com Relação a Fazer Atividades de Manutenção .....	129
6.2.8 Com Relação à Independência para Atividades de Vida Diária .....	129
6.2.9 Com Relação à Freqüência com que Encontram com Amigos .....	130
6.3 ANÁLISE DOS FATORES DE RESILIÊNCIA .....	131
6.3.1 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator Otimismo .....	131
6.3.2 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator Análise do Ambiente .....	131
6.3.3 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator Controle dos Impulsos .....	132
6.3.4 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator Administração das Emoções ....	132
6.3.5 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator Auto-eficácia .....	133
6.3.6 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator Alcançar Pessoas .....	134
6.3.7 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator Empatia .....	134
6.4 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS FATORES DE RESILIÊNCIA NOS GRUPOS DOS QUE TRABALHAVAM E DOS QUE NÃO TRABALHAVAM .....	135

6.4.1 Para o Fator Otimismo .....	136
6.4.2 Para o Fator Análise do Ambiente .....	136
6.4.3 Para os Fatores Controle dos Impulsos e Administração das Emoções .....	136
6.4.4 Para o Fator Auto-eficácia .....	137
6.4.5 Para o Fator Alcançar Pessoas .....	137
6.4.6 Para o Fator Empatia .....	137
6.5 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS FATORES DE RESILIÊNCIA ENTRE OS QUE VOLTARAM E OS QUE NÃO VOLTARAM A ESTUDAR .....	138
6.6 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS FATORES DE RESILIÊNCIA ENTRE OS QUE FAZEM E OS QUE NÃO FAZEM ATIVIDADES DE MANUTENÇÃO .....	138
<b>CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>151</b>
ANEXO A - Questionário dos Dados Sócio-demográficos .....	152
ANEXO B - Questionário de Resiliência: Adultos Reivich – Shatté / Barbosa .....	156
ANEXO C - Autorização dos centros de reabilitação para compor a amostra da pesquisa .	163
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	166
ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Universidade Católica de São Paulo .....	169

## CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Este estudo consiste em uma pesquisa sobre as características sócio-demográficas dos fatores de resiliência e dos aspectos psicológicos de pessoas com lesão medular. Além disso, pretende comparar esses elementos entre os grupos de pessoas da amostra que estão inseridas e as que não estão inseridas no mercado de trabalho.

Antes mesmo de iniciar meu trabalho como psicóloga de reabilitação, meu interesse pelos assuntos referentes às pessoas com deficiências surgiu desde a infância. Em casa, eram freqüentes as conversas sobre a saúde dessas pessoas, as possibilidades de independência, a importância da estrutura familiar e do acesso à educação para o seu bom desenvolvimento biopsicossocial e espiritual. Ouvi muitas histórias de superação, de sucesso e, também de dificuldades e sofrimento. Eu gostava de saber que a Medicina oferecia recursos para a melhora da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia, mas me impressionava muito saber da influência dos fatores sociais, econômicos, familiares e psicológicos no processo de reabilitação e no curso de vida dessas pessoas.

Quem contava essas histórias era meu pai. Como médico ortopedista e fisiatra, ele trabalha, com verdadeira paixão, na reabilitação de pessoas com deficiência física, desde o início de sua jornada profissional, e também na formação de profissionais dessa área.

A busca pela espiritualidade e por uma postura humanista também foram estimuladas em casa, pelos meus pais e irmãs, que influenciaram a minha formação pessoal e me ajudaram a trilhar o meu caminho profissional na Psicologia.

Na minha prática como psicóloga clínica e escolar em Centros de Reabilitação, tenho tido a oportunidade de acompanhar pessoas com deficiências físicas durante o processo de reabilitação no período de manutenção dos ganhos reabilitativos e no processo de inclusão social, educacional e profissional. Compreender os processos psicológicos e sociais vivenciados pelas pessoas que adquirem uma deficiência tem pautado a minha prática profissional, e me motivado a estudar este assunto em maior profundidade.

A importância de pesquisas sobre o tema se justifica pela expressividade da população de pessoas com deficiência no Brasil que, segundo os dados do Censo do IBGE de 2000, representam 14,5% da população brasileira somando, aproximadamente, 24,5 milhões de pessoas. Desse grupo de pessoas, 15,22 milhões estão em idade laboral, sendo que apenas metade está empregada. (CLEMENTE, 2008)

Por uma necessidade metodológica, escolhi um dos diagnósticos com os quais trabalho: a lesão medular.

A lesão medular pode ocorrer por um trauma ou doença, produzindo, como consequência, déficits sensitivos e motores, além das alterações viscerais e sexuais.

O nível da medula espinhal em que ocorre a lesão determina os déficits motores, sensoriais e alterações do quadro clínico do paciente. Portanto, cada paciente necessitará de um programa de reabilitação e tratamento médico em conformidade com o tipo da lesão e as limitações adquiridas.

A partir da ocorrência da lesão, essas pessoas têm que se dedicar continuamente a tratamentos e terapias de manutenção e, após alguns avanços no processo de reabilitação muitas delas se tornam aptas para retornar às atividades sociais e ocupacionais.

Supõe-se que no Brasil cerca de sete mil pessoas por ano apresentem esse grave comprometimento neurológico, devido à lesão medular. (CASALIS 2007)

Pesquisas brasileiras indicam que grande parte da população de pessoas com lesão medular é jovem e ainda em idade de atividade profissional intensa. (CARAVIELLO, 2005 e CASALIS, 2003)

Devido às alterações motoras e sensitivas, muitas dessas pessoas passam a depender de adaptações para sua movimentação, locomoção, permanência em ambientes diversos e para realizar atividades de vida diária. Exemplos dessas adaptações são: muletas, cadeira de rodas, utensílios adaptados para higiene, alimentação e vestuário, modificações nas edificações públicas e em suas casas. Em alguns casos, mesmo após a reabilitação, a pessoa pode não conseguir retomar à atividade ocupacional anterior, principalmente se essa exigir esforço e habilidades físicas específicas.

Além de terem que se adaptar a uma nova forma de realizar as atividades práticas, essas pessoas têm que se adaptar ao impacto social e emocional de todas essas mudanças, muitas vezes comprometendo sua auto-estima e autoconfiança, podendo passar, ainda, por episódios de depressão ou ansiedade.

O estudo deste tema na abordagem psicossomática envolve a compreensão de que a lesão medular pode ser entendida como um evento que ocorre no plano físico/corporal e, concomitantemente, no plano psíquico, pois passa a ser um componente da elaboração da identidade e do desenvolvimento pessoal de quem a adquire.

Entendo que a lesão medular e suas consequências podem colocar o paciente em uma situação de crise, uma vez que são impostas mudanças em sua vida. Uma situação de crise proporciona à pessoa uma condição de maior vulnerabilidade. Contudo, algumas pessoas

vivenciam esse processo de forma que as mudanças parecem ser extremamente ameaçadoras para a sua integridade, e outras conseguem lidar com o sofrimento e fazer com que a aquisição da deficiência passe a fazer parte do processo de estruturação da sua identidade.

É neste ponto que encontro a justificativa para utilizarmos os conceitos e instrumentos de avaliação de resiliência que, segundo Grotberg, (2005, p. 15) é “a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade.”

A decisão pelo estudo da resiliência em adultos com lesão medular, dependentes de cadeira de rodas, que voltaram e não voltaram a trabalhar, está pautada na concepção de que essa condição motora específica pode denotar uma adversidade objetiva, uma vez que pode causar restrições que se constituem como *riscos* para o desenvolvimento pessoal. A dependência da cadeira de rodas, bem como lidar com as demais conseqüências clínicas e sociais podem interferir ou prejudicar as atividades de vida prática e diárias esperadas para a fase adulta como, por exemplo, impedir o retorno para a atividade profissional anterior.

Tão importante quanto a natureza objetiva, o estudo se justifica pela conotação subjetiva da adversidade, que depende de como a pessoa e o grupo no qual está inserida percebem e lidam com a aquisição da deficiência.

Superadas as etapas do processo reabilitativo, observo que algumas dessas pessoas continuam se dedicando quase que exclusivamente à sua saúde física, mantendo expectativas de recuperação da condição anterior, enquanto outras conseguem dividir sua atenção entre os cuidados com a saúde e a continuidade das atividades sociais, culturais e ocupacionais. Estas últimas parecem conseguir retomar o caminho do seu desenvolvimento pessoal, ainda que tenham que lidar com as limitações físicas e sociais.

Os recursos que cada indivíduo utiliza para lidar com as mudanças ocorridas parecem depender da sua história de vida, do seu desenvolvimento psicológico, assim como do contexto afetivo, social e econômico no qual está inserido. (ALVES ET AL., 1992; KOVÁCS, 1997 e VASCH, 1988)

Sabe-se que os fatores constitutivos da resiliência de uma pessoa têm suas raízes no seu processo de desenvolvimento (ARAÚJO, 2006). Sauaia (2003) identificou habilidades que considerou fundamentais para o processo resiliente e as dividiu em duas categorias: a primeira refere-se à habilidade de percepção de “si”, que engloba características como autonomia, senso de objetivo e futuro, habilidade cognitiva e percepção corporal. A segunda, refere-se à percepção do “outro” e engloba características como competência social e habilidade para resolver problemas.

Ao longo da revisão da literatura apresentada neste trabalho, poderemos observar que os fatores citados como necessários para lidarmos de forma resiliente com adversidades são, muitas vezes, citados por autores que estudam os fatores influenciadores nas reações emocionais relacionadas à aquisição de uma deficiência física.

Dessa forma, o estudo da resiliência parece fornecer suporte para a compreensão dos aspectos envolvidos na reabilitação e inclusão de pessoas com deficiências físicas.

Entendo a inserção no mercado de trabalho como um dos possíveis resultados da reabilitação, que exige um bom nível de resiliência, pois é necessário que a pessoa reconheça seus potenciais e consiga lidar adequadamente com suas dificuldades e limitações, para que consiga se expor socialmente e assumir responsabilidades e direitos como cidadão.

Neste trabalho, a Psicologia Analítica fornecerá o suporte teórico para a reflexão a respeito da influência da aquisição da deficiência física no processo de desenvolvimento pessoal e para a análise dos fatores pessoais e sociais envolvidos no processo de inclusão.

Este trabalho pode ter relevância para psicólogos e profissionais da reabilitação, pois pretende levantar as características sócio-demográficas e os fatores de resiliência de uma amostra de pessoas com lesão medular, permitindo o estudo dos seus aspectos psicológicos. Além disso, visa comparar essas características em grupos de pessoas com lesão medular que estão inseridos no mercado de trabalho e os que não estão, proporcionando o levantamento de aspectos que podem favorecer ou criar barreiras para a inclusão dos mesmos.

Além de fornecer subsídios aos profissionais interessados na reabilitação desses pacientes, o trabalho poderá contribuir para os setores envolvidos no movimento pela inclusão profissional, tão estimulado atualmente pelo Ministério Público do Trabalho, através da “lei de cotas” - Lei 8.213/91 e Decreto 3.298/99, que exige que empresas contratem uma porcentagem de pessoas com deficiências, dependendo do número total de funcionários, da seguinte forma:

[...] serão reservados de 2% a 5% de cargos de trabalho para pessoas portadoras de deficiência habilitadas e/ou beneficiários reabilitados, em empresas com mais de 100 empregados, nas seguintes proporções: até 200 empregados – 2%; de 201 a 500 – 3%; de 501 a 1000 – 4%; 1001 em diante – 5%. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, 2001)

Os temas que esta dissertação pretende abordar estão distribuídos em capítulos, da seguinte forma: Capítulo 2, com a descrição dos objetivos; Capítulo 3, com a revisão da

literatura sobre lesão medular, os aspectos emocionais da pessoa com deficiência física adquirida, a perspectiva histórica da inclusão da pessoa com deficiência, os aspectos arquetípicos da postura excludente, a inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, a resiliência e por fim, a avaliação da resiliência; no Capítulo 4 será apresentado o método utilizado para a pesquisa; no Capítulo 5 serão apresentados os resultados da pesquisa; no Capítulo 6 a discussão desses resultados e no Capítulo 6 as considerações finais.

## CAPÍTULO 2 - OBJETIVOS

- a) Levantar as características sócio-demográficas e de resiliência da amostra de pessoas com lesão medular.
- b) Comparar as diferenças das características sócio-demográficas, entre o grupo de pessoas com lesão medular que trabalham e o grupo dos que não trabalham.
- c) Comparar os fatores de resiliência entre o grupo de pessoas com lesão medular que trabalham e o grupo dos que não trabalham.
- d) Levantar os aspectos psicológicos da amostra, a partir dos resultados dos fatores de resiliência.

## CAPÍTULO 3 - REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo pretende apresentar uma revisão da literatura sobre a lesão medular, os aspectos psicológicos e sociais de pessoas que adquirem uma deficiência física, o conceito e a história da inclusão de pessoas com deficiências, e as pesquisas realizadas sobre a inclusão de pessoas com deficiências no mercado de trabalho.

Serão explorados, ainda, o conceito de resiliência e os seus instrumentos de avaliação.

A fundamentação teórica, que dará suporte para a reflexão sobre os temas apresentados, está pautada na Psicologia Analítica.

### 3.1 LESÃO MEDULAR E REABILITAÇÃO

A medula espinhal é a via de comunicação entre o cérebro e as diversas partes do corpo. Além disso, funciona como um centro regulador que controla as funções de respiração, circulação, a bexiga, intestino, controle térmico e a atividade sexual. (LIANZA, 2007)

Independentemente da etiologia, a lesão da medula espinal provoca alterações motoras, sensitivas e autonômicas. As manifestações clínicas variam de acordo com o nível e o grau da lesão medular, sendo que sua instalação pode ser abrupta, originando o quadro clínico denominado *choque medular*; ou progressiva, cujas alterações surgem gradualmente.

O *choque medular* é caracterizado por paralisia flácida, anestesia abaixo do nível da lesão, alterações esfínterianas, sexuais e na termorregulação. Se a lesão comprometer segmentos cervicais ou torácicos altos, podem ocorrer problemas respiratórios. O quadro pode variar quanto à sua duração, portanto, não revela fielmente a intensidade da lesão, não sendo possível à equipe de reabilitação fazer um prognóstico funcional do paciente até que se supere a fase aguda. (CASALIS, 2007)

Após a fase do *choque medular*, inicia-se a reorganização funcional das estruturas medulares localizadas abaixo da lesão, ficando melhor definido o quadro clínico.

O diagnóstico e prognóstico funcional são feitos a partir de avaliação neuro-fisiátrica, e inclui as determinações: do quadro clínico de paraplegia (comprometimento dos membros inferiores) ou tetraplegia (comprometimento dos quatro membros); do nível da lesão, que é determinada pelo segmento mais caudal da medula com funções motora e sensitiva preservadas; do nível motor, determinado pela avaliação da força muscular (segundo a classificação proposta pela American Spinal Injury Association) e do grau de lesão, que pode

ser incompleta (com existência de função sensitiva e/ou motora abaixo do nível da lesão) ou completa (ausência de função sensitiva ou motora abaixo do nível da lesão) (CASALIS, 2007). “Em termos gerais, podemos dizer que quanto mais alta é a lesão, maior é a perda das funções motora, sensitiva e autônoma, e maiores as alterações metabólicas do organismo.” (LIANZA, 2007).

A partir daí, o paciente passa para a fase de ajustamento à nova condição, quando passa a conviver com suas seqüelas, buscando o domínio sobre todas as suas funções, mesmo que elas não respondam ao controle voluntário.

A falta de movimento e a aspiração em voltar a adquirir a independência em locomoção constituem a preocupação inicial de todo paciente com lesão medular, porém, toda uma gama de complicações devido às alterações da fisiologia nervosa devem ser controladas pelo médico responsável pelo programa de reabilitação, a fim de se atingir o objetivo principal, que é a reintegração familiar e comunitária dentro das maiores possibilidades físicas e funcionais. (LIANZA, 2007)

Assim como Lianza (2007), outros autores como Chamlian (1999) e Battistella (2003) ressaltaram que a reabilitação desses pacientes deve ter como foco, além da melhora das condições clínica e motora, a recuperação ou a reorganização de seus papéis sociais, conforme as características individuais de cada um.

Com relação ao início do processo de reabilitação, um dado relevante encontrado por Caraviello et al. (2005) diz respeito ao tempo que a amostra estudada levou para chegar ao centro de reabilitação, cuja média foi de 29,7 meses.

Feito o diagnóstico, o paciente deverá iniciar um programa de reabilitação que inclui o acompanhamento de especialidades médicas como Fisiatria, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Urologia, Psiquiatria, e de especialidades terapêuticas, de assistência à saúde e social como: Atividade Física Adaptada, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Orientação Profissional, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, entre outras.

O programa de reabilitação motora visa o alcance de algumas metas funcionais, envolvendo atividades de vida diária (AVD<sup>1</sup>): alimentação, vestuário, higiene, escrita, manejo de aparelhos, mudanças de posição e transferências, além do manejo dos auxiliares para locomoção (órteses, cadeira de rodas, andadores, muletas e condução de automóvel). O grau de independência para a realização destas atividades dependerá do comprometimento motor causado pela lesão (ARES, 2007). Além destes, fatores sociais e psicológicos também podem

---

<sup>1</sup> A partir deste ponto, utilizaremos a sigla AVD para nos referirmos ao termos Atividades de Vida Diária.

influenciar o grau de independência e autonomia de pessoas com deficiência física. Estes fatores serão discutidos mais adiante.

A amostra deste estudo foi caracterizada pelo quadro de paraplegia, com lesões em níveis torácicos e lombares.

As pessoas com estes níveis de lesão podem adquirir independência total para *AVD*, incluindo conduzir a própria cadeira de rodas ou veículos adaptados, à medida que seu equilíbrio melhora. Em alguns casos, poderá ser necessária a utilização de equipamentos adaptados, como, por exemplo: alcançadores e cadarços adaptados. Em níveis mais baixos, poderá haver prognóstico de marcha independente ou com utilização de auxiliares, como: andadores, muletas e órteses (STAAS, 2002; ARES, 2007). Contudo, para a composição da amostra, foi adotado como *critério de inclusão* que os participantes fossem dependentes de cadeira de rodas para locomoção comunitária, mesmo que estivessem aptos à marcha domiciliar com o uso de auxiliares.

Além do quadro de paraplegia, as lesões torácicas e lombares podem ocasionar espasticidade, dores, problemas respiratórios, alterações vasculares (trombose venosa profunda), alterações autonômicas (hipotensão ortostática, disreflexia autonômica, respostas a mudanças de temperatura) e aquisição de deformidades músculoesqueléticas. E, devido à paralisia e falta de sensibilidade pode ocorrer dificuldade de mudança de posição, aumentando o risco de desenvolver úlceras de pressão. Isso causa sérias restrições às atividades da própria reabilitação e de atividades sociais e ocupacionais, uma vez que o seu tratamento é prolongado, exige posturas com total alívio da pressão e uso de curativos, podendo exigir recursos de cirurgia plástica. (GRANERO, 1999; CASALIS, 2003; ARES, 2007)

### 3.1.1 Etiologia e Epidemiologia

As estatísticas mundiais revelam que, por ano, a cada um milhão de pessoas, 30 a 40 delas sofrem lesão medular (STAAS, 2002; CASALIS, 2003b e 2007a). Segundo Casalis (2007), aplicando tais dados à população brasileira, pode-se supor que cerca de sete mil pessoas por ano apresentam esse grave comprometimento neurológico.

Há levantamentos estatísticos feitos na cidade de São Paulo, indicando que as lesões medulares acontecem em maior percentagem em pessoas jovens, com predominância do sexo masculino. Os dados levantados por Caraviello et. al (2005) indicaram que 66,7% da população estudada era do sexo masculino, com média de idade de 35,7 anos. O levantamento

estatístico, citado por Casalis (2003), mostrou que a média de idade da população era de 30 anos, sendo que 80% correspondia ao sexo masculino.

Estes dados são compatíveis com estudos internacionais, que registram que a lesão medular acontece principalmente em adultos jovens, sendo o sexo masculino também responsável pela maioria dos casos (NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2008; STAAS, 2002).

Da mesma forma, no levantamento realizado por Valledor (2005), em Toledo - Espanha, encontrou-se 75% de pessoas do sexo masculino e 25% do feminino.

As causas da lesão medular podem ser traumáticas ou não traumáticas. Dentre as não traumáticas, destacam-se as relacionadas a tumores, doenças infecciosas, vasculares e degenerativas. Entretanto, os estudos nacionais têm apontado uma maior percentagem de traumas como causas de lesão medular. Dentre eles, as maiores percentagens indicam os ferimentos por arma de fogo como a principal causa de lesão medular na população brasileira, sendo também relevantes as percentagens relativas a acidentes automobilísticos e quedas. (CASALIS, 2003; CARAVIELLO, 2005)

Para Battistella (2003) e Casalis (2003), a alta incidência de ferimentos por arma de fogo e acidentes automobilísticos reforça a necessidade de multiplicar as campanhas de prevenção de acidentes, que deve incluir respeito às regras de segurança no trânsito, cuidado ao mergulhar e evitar o uso de armas, além de programas que visem promover melhorias das condições sociais.

Semelhante a esses estudos, no âmbito internacional os dados apresentados pelo National Spinal Cord Injury Statistical Center (2008) apontam os acidentes automobilísticos como a causa mais freqüente, seguida de quedas e, posteriormente, os atos de violência, principalmente, ferimentos por arma de fogo, além das lesões adquiridas por atividades esportivas.

O estudo epidemiológico realizado por Valledor (2005) também aponta para os eventos traumáticos como a causa de maior freqüência na lesão medular e, neste caso, a maioria também por acidente automobilístico, não sendo referidos casos de ferimento por arma de fogo. Em menor percentagem, encontrou as causas médicas e congênitas.

Esses estudos indicam que as causas da lesão medular estão, predominantemente, relacionadas a traumas, principalmente em situações de violência e acidente automobilístico.

Com relação às informações sócio-demográficas desta população, encontramos poucos estudos. Contudo, o realizado pelo National Spinal Cord Injury Statistical Center (2008) encontrou mais da metade (57,4%) das pessoas com lesão medular admitidas em um centro

modelo, que referiram estar empregadas à época do acidente, e que, após o décimo ano depois do acidente 32,4% das pessoas com paraplegia estavam empregadas. Com relação aos estado civil, encontraram que a maioria (52,5%) era solteira quando adquiriu a lesão medular, e que, entre os que estavam casados quando se lesionaram, assim como os que casaram depois da lesão, a probabilidade de que seu casamento permaneça intacto é um pouco menor, quando se compara com a população geral. Encontraram, também, que a probabilidade de se casarem diminui depois da lesão medular.

### 3.1.2 Aspectos Psicológicos e Qualidade de Vida

Granero (1999), Staas (2002), Casalis (2003) e Lianza (2007) citaram, além das seqüelas motoras e sensitivas, as dificuldades psicológicas como uma das conseqüências da lesão medular que requerem atenção da equipe de reabilitação, para que as metas de ganhos funcionais possam ser atingidas. Referiram que os conflitos relacionados com a imagem corporal, afetando a estrutura emocional da pessoa, além dos diversos fatores como idade, fase de vida, condições familiares e sócio-culturais, influenciam a reação à nova condição vivida após a lesão medular.

Esses autores fizeram referência às fases de choque, negação, reconhecimento e adaptação, pelas quais notaram que a maior parte dos pacientes com lesão medular passam. Essas fases serão apresentadas, e melhor exploradas, no tópico seguinte, que tratará especificamente das questões emocionais relacionadas à aquisição de uma deficiência física.

Vall et al. (2006) desenvolveram uma pesquisa, cujo objetivo era avaliar os *domínios* qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Para isso, aplicaram o questionário “The MOS 36-item Short-Form Health Survey” em uma amostra de 32 pacientes paraplégicos adultos, sendo, a maioria, do sexo masculino, com idade entre 20 a 47 anos e com entre 5 a 10 anos de lesão.

Como definição de qualidade de vida, utilizaram aquela proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

... qualidade de vida é a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição, inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. (VALL et al., 2006, p. 452)

Dentre os *domínios* investigados, consideraram os aspectos sociais como um dos mais importantes, visto que a amostra apresentou grande comprometimento na reinserção à sociedade. Encontraram comprometimentos, também, nos *domínios* “aspectos físicos” e “aspectos emocionais”, demonstrando que o equilíbrio entre corpo e mente não estavam ocorrendo satisfatoriamente, propiciando baixa qualidade de vida.

Para estes pesquisadores, a avaliação da qualidade de vida se mostrou importante, devido à possibilidade de ampliar as decisões da equipe de saúde, que devem envolver, também, as condições sociais, as crenças e motivações desses pacientes.

Este tópico apresentou uma descrição clínica da lesão medular, incluindo alguns aspectos psicológicos e da qualidade de vida observados pelos estudiosos deste diagnóstico. Nos tópicos seguintes, procuraremos compreender a lesão medular sob a perspectiva psicossomática, tomando-a como um evento físico/corporal e também psíquico, uma vez que passa a ser um componente da elaboração da identidade e do desenvolvimento pessoal de quem a adquire.

### 3.2 DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA - ASPECTOS PSICOLÓGICOS

A atuação do psicólogo na reabilitação de pessoas com deficiências físicas, é pautada nos mesmos conhecimentos teóricos e técnicas de intervenção que se utilizam para o atendimento da população em geral. Entretanto, concordando com as observações feitas por Amiralian e Kovács (1997), podemos dizer que algumas adaptações se fazem necessárias, devido às especificidades dessa população. Essas adaptações envolvem, por exemplo, o conhecimento das seqüelas motoras, dos problemas clínicos e as possíveis alterações cognitivas e comportamentais, além dos efeitos dos medicamentos.

O trabalho do psicólogo numa equipe interdisciplinar parece ser fundamental, pois, o contato com diversos profissionais permite a troca de informações e a compreensão da pessoa em atendimento, na sua totalidade.

Ao conceituar o termo reabilitação, Neder (1959) chamou atenção para o fato de considerar necessário atender o sujeito na sua totalidade e, de acordo com esta postura, ressaltou a importância do conjunto de profissionais:

[...] entendemos que a reabilitação seja a ação coordenada e contínua de uma equipe de técnicos competentes junto à pessoa portadora de deficiência física ou mental,

com o fim de auxiliá-la a realizar suas potencialidades e objetivos física, social, psíquica e profissionalmente, de modo a alcançar um melhor controle sobre si mesma e sobre seu ambiente, enfrentando a realidade da vida.(NEDER, 1959, p.1)

Os aspectos psicológicos de pessoas com deficiência têm sido estudados, e muitos achados se aplicam à população com deficiência em geral. No entanto, há aspectos a se considerar quando estamos trabalhando com deficiências físicas congênitas e deficiências físicas adquiridas.

O presente capítulo tem como foco os temas relacionados à deficiência física adquirida, e faremos algumas considerações sobre a sua influência no processo de desenvolvimento pessoal. Esse foco foi escolhido pelo fato de a amostra deste estudo ter como característica a aquisição de lesão medular.

### 3.2.1 O Impacto Emocional da Deficiência Física Adquirida

Neste ponto, abordaremos os estudos sobre os aspectos psicológicos de pessoas que vinham cursando seu processo de desenvolvimento biopsicossocial e, por decorrência de um trauma ou doença, sofreram uma perda ou alteração de estrutura orgânica relacionadas ao aparelho locomotor (deficiência física). Por consequência dessa deficiência, essas pessoas podem ter que lidar com restrições para a execução de algumas funções e com as desvantagens decorrentes disso, o que interfere ou altera o processo de desenvolvimento no qual a pessoa já estava.

Ao discutirem os aspectos psicológicos de pessoas com deficiências adquiridas, autores como Kovács (1997), Alves et al. (1992) e Vash (1988) escreveram sobre a influência do momento de vida em que a deficiência ocorre e na maneira como a pessoa enfrenta as mudanças impostas por ela. Da mesma forma, a história de vida, as habilidades sociais e os recursos emocionais desenvolvidos até então foram citados como fatores que influenciam a reação às limitações adquiridas.

E, ainda, o suporte e estrutura familiar, os recursos financeiros disponíveis para a aquisição de aparelhos, medicamentos e tratamentos também parecem interferir na adaptação à nova condição.

Com relação à própria deficiência, os mesmos autores apontam algumas características que poderiam influenciar a reação frente a ela, tais como: a forma de instalação da deficiência, que pode ser súbita, traumática, ou lenta e gradual; as funções prejudicadas; severidade da

deficiência; visibilidade das alterações corporais e de outras seqüelas e estabilidade ou progressão das limitações.

Vash (1988) descreveu recursos internos e externos que, segundo ela, influenciam a maneira como cada pessoa e cada família lidam com a deficiência. Como recursos internos, citou a estabilidade emocional, os aspectos intelectuais, de personalidade e físicos, e como recursos externos citou a condição financeira e a habilidade social.

Os recursos descritos por esses autores assemelham-se, em alguns aspectos, com as qualidades que Flash (1991) descreveu como fundamentais numa personalidade considerada resiliente. Entre as qualidades estão: ter forte e flexível sentido de auto-estima; ser independente em pensamento e ação; ter habilidade em reconhecer e desenvolver seus próprios talentos; grande tolerância ao sofrimento e habilidade de interpretar as experiências pessoais com significado e esperança.

Job (2000) levantou mais alguns fatores e padrões importantes para a personalidade resiliente, que nos remeteriam aos citados por Kovács (1997), Alves et al. (1992) e Vash (1988), tais como: estrutura familiar adequada, posse de recursos financeiros e estar em atividades ocupacionais e de lazer.

Embora a maioria dos estudos e livros sobre deficiência física adquirida estejam focados no sujeito adulto, isso também pode acontecer na infância, quando o desenvolvimento biopsicosocial está em pleno curso e as alterações sensoriais, de tônus, de movimento, de linguagem e das demais habilidades neuropsicológicas poderão alterar o desenvolvimento neuropsicomotor. Essas crianças poderão ter dificuldade em explorar o ambiente e de perceberem a si mesmas, o que alterará o processo de aprendizagem e a interação sócio-afetiva que, anteriormente, ocorriam a partir do desenvolvimento físico natural e das experiências concretas e afetivas que a criança vinha tendo.

Batshaw (1990) escreveu sobre o risco de crianças com deficiências terem menores possibilidades de interação social, o que poderia levar a uma menor habilidade no desempenho do convívio social. Habilidade esta que a pesquisa de Cecconello e Koller (2000) apontou como um recurso necessário para o enfrentamento de situações adversas, conforme veremos no tópico 3.7 Resiliência, deste trabalho.

A aquisição de uma deficiência física na adolescência também pode causar reações emocionais e dificuldades psicológicas, envolvendo a auto-imagem que, nesta fase, é de fundamental importância para a construção da identidade pessoal. Além disso, a restrição da autonomia e a dependência para as atividades de vida diária podem dificultar a interação

social nesta fase em que o sentimento de pertencer a um grupo é de grande valia para a auto-estima.

O conceito de resiliência e os fatores que a constituem pareceram ser muito úteis para a compreensão sobre como as pessoas podem reagir ao impacto da aquisição de uma deficiência. E, também, como esse evento pode ser experienciado pelo sujeito, influenciando o seu processo de desenvolvimento pessoal.

Araújo (2006) apontou a auto-estima como a base para que o processo de resiliência não apenas se instale, mas se mantenha ao longo da vida, pois, admirar-se e amar-se promove o que ela chamou de “fé na vida”, e isto fornece força e suporte para viver com significado, para lutar e ganhar com as adversidades.

A dificuldade em executar atividades, que muitas vezes são elementares na vida diária, pode causar sentimentos de inutilidade, prejudicando a auto-estima de pessoas com deficiência.

### 3.2.2 O Impacto Emocional na Aquisição da Lesão Medular

As pesquisas e relatos de casos têm mostrado que não há uma única forma de experienciar a aquisição de uma deficiência. No caso da lesão medular, diversos autores (LIANZA, 2007; CASALIS, 2003; STAAS, 2002; GRANERO, 1999) reconheceram o impacto emocional e os conflitos relacionados com a imagem corporal como eventos que produzem uma quebra da unidade psicofísica, sendo necessário que a equipe se atente para essas questões.

Eles também consideraram que diversos fatores, como idade, fase de vida, condições familiares e sócio-culturais podem influenciar a reação à nova condição vivida após a lesão medular. E citaram quatro fases que provocam mudanças de comportamento diante da ocorrência da lesão medular. São elas:

1- *fase de choque*: em que o paciente encontra-se desorientado e assustado, sem consciência de sua real situação, sendo importante a ação da equipe para a orientação à família sobre os cuidados e condutas imediatas. Segundo Lianza (2007, p.343), “[...] o paciente interrompe seu vínculo com o mundo exterior, numa tentativa inconsciente de proteger sua imagem corporal, mantendo-a íntegra” .;

2 - *fase de negação*: em que a pessoa restabelece o vínculo com o mundo exterior e começa a perceber a sua realidade, mas, diante da dificuldade em aceitá-la, mantém a crença de que poderá se recuperar completamente, sendo útil por parte da equipe que haja

compreensão e respeito pelas expectativas do paciente, que façam recomendações firmes e objetivas e que, gradativamente, forneçam informações realistas para que se tomem as providências necessárias para o processo de reabilitação;

3 - *fase de reconhecimento*: em que a pessoa toma maior consciência de sua real situação, podendo sentir-se ansiosa e/ou deprimida. Nesta fase, é comum o comportamento queixoso, referindo desconforto, dores, dificuldade em obter ajuda adequada dos cuidadores, ou de sentir-se culpado pelo trabalho que causa à família.

Embora haja muito sofrimento nesta fase, a pessoa começa a reconstruir sua auto-imagem de forma realista, sem negar sua condição. Por isso, passa a ser muito importante que a equipe estimule a participação do paciente nas decisões sobre a sua reabilitação, estabelecendo metas realistas a curto e longo prazos, valorizando o potencial preservado.

Oliveira (2001) apresentou a reação depressiva como um fato que parece ser inevitável nos casos de aquisição de deficiência por lesão medular, uma vez que as perdas funcionais apresentam-se como uma realidade. Contudo, em alguns casos essa tonalidade depressiva pode estender-se por determinado período ou consolidar-se como a base para a estrutura de personalidade, valendo a investigação das características psicológicas prévias;

4 - *fase de adaptação*: em que a pessoa compreende os objetivos do processo de reabilitação e se mantém colaborativo e participativo. Nesta fase, pode haver uma melhora na consciência corporal, reestruturação da auto-imagem, auto-estima e autoconfiança.

Embora sejam sempre citadas, esses autores ressaltaram que essas fases são uma esquematização dos comportamentos comumente observados pelas equipes de reabilitação, o que não significa que todos os pacientes passem por todas as fases, nem exatamente nesta seqüência.

Lianza (2007) escreveu que a fixação ou regressão a alguma dessas fases pode gerar conseqüências graves no processo de reabilitação.

Sabemos que uma das reações psíquicas mais negativas que o paciente pode apresentar é a indiferença diante da lesão medular; é o paciente que não se deprime nem se mostra agressivo, apresentando-se passivo, desmotivado, sem iniciativa, conduta que reflete grave perturbação psíquica, devendo ser corretamente tratada antes de se iniciar o processo de reabilitação. (LIANZA, 2007, p. 344)

Oliveira (2001) escreveu que algumas pessoas com lesão medular se utilizam, inconscientemente, de mecanismos de defesa que ocasionam um distanciamento afetivo e

uma racionalização a respeito do sofrimento inerente às perdas vividas. Desta forma, costumam conseguir a construção de relações sociais importantes e estáveis que, de certa forma, lhes retribuem o esforço e lhes reforçam o recurso defensivo.

Para o autor, essas pessoas podem apresentar uma boa estabilidade emocional e manterem boa integração social, embora possam estar abusando deste mecanismo de defesa, tornando-se distantes afetivamente de si mesmos e dos outros. Assim, podem conseguir ter uma vida ocupada, com atividades sociais, mas sem “*apaixonar-se*” ou conseguir atribuir significado para as coisas e pessoas que estão à sua volta. Nestes casos, correm o risco de terem que confrontar-se inesperadamente com emoções fortes, que provoquem movimentos regressivos, que os façam vivenciar, de novo, emoções e dores passadas que não foram elaboradas.

### 3.2.3 O Impacto da Deficiência na Família

Concordando com Kovács (1997) e Sobrinho et al. (1992), poderíamos dizer que a deficiência adquirida acontece com um membro da família, porém, o processo de elaboração de sentimentos e de mudanças na vida diária acontece com todas as pessoas pertencentes ao sistema no qual a pessoa com deficiência está inserida.

E, da mesma forma que a pessoa com deficiência passa por diferentes estágios, o grupo familiar também pode vivenciar diferentes sentimentos que podem se alterar com o tempo e com as experiências que tiverem. A vivência desses estágios pode ocorrer de formas diferentes em cada membro da família.

Quando um dos membros da família adquire uma deficiência física, as mudanças sofridas pelo indivíduo podem causar mudanças em todo o sistema familiar.

Em famílias de pessoas adultas que adquirem uma deficiência física, a primeira mudança parece envolver o fato desse membro passar a necessitar de cuidados especiais, mobilizando uma ou mais pessoas para atender às suas necessidades. O nível de ajuda pode diferir em termos de tempo e disponibilidade, podendo ser necessário que o cuidador deixe suas próprias atividades para dedicar-se aos cuidados do paciente, acarretando mudanças de papéis em todo o sistema familiar.

Estas mudanças podem gerar sentimentos ambivalentes, nos quais os cuidadores percebem a real necessidade de ajudarem, mas, ao mesmo tempo, podem se sentir frustrados por terem que abrir mão de sua rotina e independência.

Para lidar com o sentimento de culpa, os familiares podem superproteger a pessoa com deficiência que, segundo Buscaglia (1997), se configura como um cuidado inadequado, que não favorece o desenvolvimento da autonomia.

De outra forma, há cuidadores que encontram um sentido para sua vida, à medida que existe alguém dependendo dos seus cuidados. Nestes casos, corre-se o risco de a pessoa com deficiência sentir-se aprisionado em sua condição, o que pode impedir o desenvolvimento da sua autonomia.

Diante da complexidade dessas relações, o psicólogo junto à equipe de reabilitação, deve dedicar-se ao atendimento às famílias, visando informá-las e auxiliá-las a elaborar os sentimentos envolvidos na situação.

Ao psicólogo caberão os cuidados em auxiliar essas pessoas a retomarem o seu processo de desenvolvimento pessoal.

### 3.3 DEFICIÊNCIA E INDIVIDUAÇÃO - RETOMADA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

Como vimos, a pessoa que adquire uma deficiência pode passar por diversas fases e processos psicológicos até que consiga adaptar-se à nova condição física de forma objetiva, passando a utilizar-se dos recursos auxiliares, a solicitar a ajuda necessária e fazer os ajustes à sua rotina diária. Entretanto, a aceitação da nova condição, envolvendo a possibilidade de transformações pessoais profundas e a atribuição de significado à deficiência no processo de vida, é um fenômeno complexo. Cabe ao psicólogo e à equipe de reabilitação atentar para isso, para auxiliar essas pessoas a retomarem seu processo de desenvolvimento pessoal, ou seja, seu *processo de individuação*.

Para falarmos deste tema, nos apoiaremos na fundamentação teórica da Psicologia Analítica desenvolvida por Carl Gustav Jung.

Para Jung (1985), o *processo de individuação*, envolve a busca de tornar-se “*Si Mesmo*”. É um processo de diferenciação como ser único, que não exclui a consciência de que fazemos parte de um todo coletivo. Pode ser descrito como o processo do desenvolvimento da personalidade individual, ou como um processo de desenvolvimento pessoal em que buscamos a totalidade psíquica. Esse processo ocorre ao longo de toda vida, por diversas formas de tentativas de integramos os conteúdos inconscientes à consciência, o

que nos aproxima cada vez mais do nosso *Self*, nossa identidade mais profunda, dando, assim, um sentido para a nossa existência.

Segundo Alves et al. (1992), em função do impacto da deficiência e dos sentimentos negativos relacionados a esta condição, as pessoas que adquirem uma deficiência podem vivenciar um período de depressão, momento em que não são capazes de se ver na sua totalidade, pois os aspectos sadios e deficientes estão cindidos.

Neste primeiro momento, sua atenção parece ficar voltada apenas para o que perderam, ocorrendo uma tendência a supervalorizarem as perdas, fazendo com que as incapacidades passem a dominar o psiquismo.

Wahba (2006), no texto em que se dedicou à compreensão do funcionamento psíquico de pessoas com lesões encefálicas, citou Guggenbühl-Craig (1980 apud WAHBA, 2006), quem escreveu sobre a nossa tendência de entendermos que a totalidade psíquica tem a ver com um estado de saúde perfeita, e assim, retirarmos do arquétipo do inválido seu direito de expressão.

Posteriormente, neste trabalho, serão retomados, tanto o conceito de *arquétipo* como o arquétipo do inválido proposto pelo autor. Contudo, para a melhor compreensão deste tópico, consideramos útil citarmos que *arquétipos* são componentes psíquicos impessoais, que são herdados e se manifestam no inconsciente de todas as pessoas. (JUNG 1985a; 1987)

De acordo com Wahba (2006), como todo conteúdo que é negado pelo ego, o arquétipo do inválido, em determinado momento exigirá seu direito a expressão, fazendo com que a sua incorporação seja necessária para o *processo de individuação* de cada um de nós.

O que parece ocorrer em casos de pessoas com deficiências adquiridas é que, por algum tempo, esse arquétipo se faz presente e atuante de tal forma, que reduz a percepção de outros potenciais. Porém, identificando-se essa “invasão”, pode-se integrar seus conteúdos à consciência e deixar espaço para a expressão dos potenciais preservados ou que ainda podem ser desenvolvidos. Assim, o contato com o arquétipo do inválido pode favorecer a adaptação às limitações impostas pela deficiência e, também, pode impulsionar a retomada do processo de desenvolvimento pessoal.

O que acontece com pessoas que adquirem uma deficiência física é que, em grande parte dos casos, a *persona* (“máscara” com a qual nos apresentamos socialmente) sofre um rompimento, uma vez que se torna difícil, temporária ou permanentemente, manter os papéis sociais desempenhados anteriormente.

Inicialmente, o abrupto rompimento com a *persona* pode ocasionar dificuldades para recuperar o senso de identidade individual, porém, se o processo de desenvolvimento pessoal

for ativado, este pode ser um primeiro passo para que o indivíduo perceba que em sua totalidade há outros potenciais que podem ser assumidos ou desenvolvidos.

Segundo Goldbrunner (1961), a partir da percepção de que a *persona* não corresponde à totalidade da personalidade, o ego pode fazer contato com os conteúdos que antes foram reprimidos, pois não estavam de acordo com as exigências do padrão da *persona*, e que constituem o que Jung denominou a *sombra* daquela personalidade. O reconhecimento da *sombra* nos dá a devida humildade necessária para aceitarmos a imperfeição.

Além disso, o ego encontra-se disponível para entrar em contato com os conteúdos do *inconsciente coletivo*, como, por exemplo, o arquétipo do inválido.

Temos, nessa situação, uma possibilidade de ampliação da consciência e um aprofundamento no auto-conhecimento. Assim, gradualmente a pessoa poderá desenvolver uma nova *persona*, constituída de novos papéis sociais, mas, talvez, mais flexível e consciente de que não corresponde à totalidade psíquica deste indivíduo.

Contudo, como veremos a seguir, embora atualmente hajam muitos movimentos para a inclusão social, educacional e profissional de pessoas com deficiências, em muitos casos essas pessoas encontram-se excluídas da sociedade, seja por dificuldades de acessibilidade, preconceito, ou fatores psicológicos de baixa auto-estima e auto-confiança.

E, de acordo com Wahba (2006), retraídos, permanecendo em ambientes empobrecidos de contato social e de estímulos, essas pessoas ficam sem muitas possibilidades de expressão e de experimentação, dificultando a possibilidade de encontrarem um sentido para a vida.

Após estas considerações a respeito da possibilidade de a deficiência adquirida estimular a continuidade do processo de individuação, vale, agora, nos dedicarmos à compreensão de sua possível colaboração para o desenvolvimento das demais pessoas que participam do sistema familiar ou social.

A começar pelo fato da aquisição da deficiência poder promover transformações profundas na pessoa acometida, vimos que isso pode exigir alterações em todo o sistema familiar.

A relação de dependência para atividades de vida diária é um outro aspecto que pode promover transformações nos demais membros da família, não apenas pela necessidade de reorganização das tarefas e dos papéis, mas, num nível mais profundo exige que a pessoa com deficiência e o cuidador lidem com verdades da vida íntima, que, em outra situação não se faria. Por exemplo, a mãe de um adolescente, ou a parceira de um adulto, poderão ter que lidar com os ritmos biológicos e com a sexualidade de uma forma franca e aberta. Assim,

pode ocorrer uma quebra na superficialidade das relações, pois passa a ser inevitável que as pessoas entrem em contato com quem realmente são.

Neste sentido, poderíamos considerar que a ocorrência de uma deficiência física pode ser um agente transformador também na família, podendo gerar amadurecimento e o descobrimento de potenciais em todos os membros envolvidos e não somente para a pessoa que a adquiriu.

Da mesma forma que na família, para a sociedade, lidar com a inclusão de pessoas com deficiências pode ser um fator de transformação e evolução. O próximo tópico, 3.4 A Inclusão da Pessoa com Deficiência, pretende abordar essa possibilidade.

### 3.4 A INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Este capítulo traz a perspectiva histórica e a situação atual da inclusão social, educacional e profissional de pessoas com deficiências no Brasil e no mundo.

Ao apresentar informações coletadas por estudiosos, teremos como objetivo fazer uma reflexão a respeito do desenvolvimento da nossa sociedade diante dessas questões.

Por movimento de inclusão, entendemos o processo que envolve “ não somente as pessoas com deficiência, mas todos os indivíduos da sociedade, e que ocorre em diversos segmentos como a escola, o mercado de trabalho, arquitetura e urbanismo, cultura, lazer, esportes e etc.” (MASIERO, 2006). Tal movimento, segundo Amiralian (2005), retoma a luta de diferentes grupos que se sentem prejudicados e excluídos dos benefícios da sociedade, pelos preceitos básicos da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

No mesmo artigo, a autora refletiu sobre o uso dos termos “inclusão” e “integração” e concluiu que estes podem ser considerados como complementares, mas ressaltou que tais termos têm sido utilizados de diferentes formas, ora como sinônimos, ora como descritores de processos históricos diferentes.

No texto em que discutiu essa terminologia, ela adotou definições para os termos “inclusão” e “incluir”, que apontaram a idéia de compreensão, além dos fenômenos e atos de conter, envolver e pertencer. E, para as palavras “integração” e “integrar” foram assinalados os processos de unificação social, que asseguram a inteireza de um grupo social ou instituição.

Sendo assim, quando falamos em inclusão, estamos falando de uma situação em que, ao conhecermos e compreendermos as necessidades específicas de cada pessoa ou grupo de

pessoas, inicia-se a possibilidade de que elas sejam integradas, que passem a pertencer aos espaços comuns e fazer parte integrante deles.

Esclarecidos os termos e identificada a complementariedade dos dois, decidimos adotar neste texto apenas o termo “inclusão”, tanto por ser o termo adotado pelas comunidades interessadas no assunto, quanto para facilitar a fluência para o leitor.

Alguns autores sistematizaram informações sobre a história da deficiência, sobre como a sociedade, a medicina e a escola se relacionavam com pessoas com deficiências ao longo do tempo e até a atualidade. E, a partir daqui, apresentaremos uma síntese dessas informações, mantendo o foco em como aconteciam as práticas inclusivas em cada período.

No tópico seguinte, apresentaremos algumas características *arquetípicas*, que parecem estar envolvidas na relação dos grupos sociais com as pessoas com deficiências ao longo da história.

Ao iniciar o relato da história sobre como as pessoas com deficiência foram e são tratadas na sociedade, Nardi (2007) refletiu sobre o fato de que as pessoas constroem sua existência ao assumirem os papéis sociais em determinado contexto histórico.

E, foi desta perspectiva que a autora descreveu a maneira como as pessoas ‘portadoras de diferenças’, como ela chamou, foram tratadas ao longo da história, trazendo sempre as características das sociedades e dos papéis sociais necessários para a manutenção e sobrevivência daquele grupo.

Parece digno de nota que a habilidade para o trabalho é, e sempre foi, determinante na definição dos papéis sociais e do status de cada membro da comunidade. Ao longo deste tópico poderemos observar esse fato e verificaremos que a capacitação para o trabalho, por muito tempo, foi pautada unicamente nas características do trabalhador. Entretanto, com o avanço tecnológico, o acesso a ferramentas e materiais adaptados desencadeou uma mudança do foco para as alterações no trabalho, favorecendo a inclusão de pessoas com deficiências no mercado de trabalho e, portanto, na sociedade.

Nardi (2004), assim como outros estudiosos sobre o assunto (AMARAL, 1995 e PESSOTI, 1984), notou que há poucos registros e documentos científicos sobre as pessoas com deficiência em tempos antigos, período que antecede o começo do século XIX.

Até o começo do século XIX, vamos perceber que:

[...] a forma que a sociedade lidava com pessoas com deficiência parecia estar pautada na dificuldade de lidar com as diferenças, mostrando estarem no nível do desenvolvimento da consciência em que é necessário obedecer às regras rígidas, ditadas pela cultura que pregava padrões rígidos de comportamento e

relacionamento. Com estes padrões severos, pessoas com dificuldade de movimento, que necessitavam de adaptações para as atividades diárias (comer, vestir-se, higienizar-se, etc), com dificuldade para falar, compreender ou, ainda, exercer extremo controle sobre suas emoções, dificilmente conseguiam corresponder às expectativas de comportamento. (MASIERO, 2006, p.4)

A seguir, apresentaremos algumas informações contidas nesses achados, referentes ao período que antecede o século XIX.

#### 3.4.1 A deficiência na Pré-História e Idade Antiga

Segundo Screni (2008)<sup>2</sup>, na Pré-História (antes de 3000 AC), a partir do período Neolítico o desenvolvimento das técnicas de agricultura proporcionou uma reorganização das sociedades, cuja sobrevivência, antes, dependia da caça e, a partir daí os papéis sociais, a cultura e os hábitos sofreram severas modificações. Contudo, embora naquele período as sociedades primitivas tivessem conseguido se organizar melhor e adquirido maior controle sobre a natureza (passaram a fazer previsões sobre o clima, a armazenar sementes e a se organizar enquanto grupo), a sobrevivência ainda dependia das condições e habilidades físicas, propriedade que as pessoas com deficiências físicas poucas vezes possuíam. (informação verbal)

Notamos, então, que a diminuição da capacidade para o trabalho, limitava a participação dessas pessoas na sociedade e, portanto, comprometia sua possibilidade de fazer parte do grupo social.

Na Grécia Antiga podem ser destacadas, a referência espartana, que primava pela beleza e perfeição dos movimentos do corpo, e a referência ateniense, na qual se cultivava a supremacia do trabalho intelectual. Portanto, aqueles que não possuíam as habilidades físicas e educacionais ideais eram considerados incapazes e desmerecedores dos mesmos direitos. (NARDI, 2007)

Naquele período, surgiram os poemas homéricos, contando as histórias de batalhas, e também desenvolveu-se a mitologia.

Esta autora encontrou, nos mitos gregos, evidências de que o abandono e a exclusão eram as formas predominantes de se lidar com as pessoas com deficiências.

---

<sup>2</sup> Screni, N. Curso: História da Arte. Mube, São Paulo, 2008.

São seres como os apontados acima que remontam o mito do bode expiatório de uma sociedade excludente, que a todo momento elege como defendemos nesta tese, alguns indivíduos, vistos como capazes de aglutinar todo mal existente no país[...] (NARDI, 2007, p. 53)

No tópico seguinte, faremos uma reflexão a partir dos mitos de Procusto, do Bode Expiatório e do Arquétipo do Inválido, sobre como os movimentos de aceitação do que é diferente, em diversas sociedades e épocas, pareceram apontar características *arquetípicas*, que envolvem os movimentos de integração e inclusão.

### 3.4.2 A Deficiência na Idade Média

Voltando agora para a descrição da história, chegamos à Idade Média (500 a 1500 DC).

Ao pesquisar sobre como eram vistas as pessoas com deficiências na Idade Média, Nardi (2007) ressaltou a forte influência dos pressupostos religiosos em toda a construção de conhecimento e de posturas sociais produzidas na época, e encontrou referências de que aquelas pessoas eram consideradas como possuidoras de alguma força do bem ou do mal. Vemos, novamente, a sociedade categorizando as pessoas com deficiências e, de forma autoritária, atribuindo significado à diferença, sem deixar oportunidade para o próprio deficiente definir sua existência e seu papel social.

É relevante notar que, mais uma vez, a forma de produção da sobrevivência determinava a organização social naquela época, que era marcada pelas atividades agrícolas. Aqui, notamos que o nível de evolução da consciência social continuava sendo guiado pelo suprimento das necessidades básicas, mas, agora também, pela orientação religiosa que pregava a noção da perfeição como ideal, fazendo com que os imperfeitos representassem os pecados.

Apesar disso, de forma dúbia, a doutrina cristã impôs os sentimentos de misericórdia e caridade, substituindo as atitudes de abandono e extermínio das pessoas consideradas ‘anormais’ por movimentos de acolhimento e proteção para elas.

Desta época, encontram-se registros do surgimento de abrigos, hospitais e instituições para tratamento e educação de pessoas pobres ou doentes. E, dentre os considerados doentes

estavam as pessoas com deficiências: cegos, deficientes intelectuais, auditivos e físicos. (NARDI, 2007)

Ainda assim, embora nesta época tenha havido uma maior tolerância com a presença de pessoas com deficiências na sociedade, o movimento excludente predominava.

Na Idade Média, a ciência e a filosofia foram se desenvolvendo e iniciou-se a transformação das explicações dos fenômenos que, até então, eram pautadas nos mitos e na superstição.

### 3.4.3 A Deficiência na Idade Moderna

Na Idade Moderna (depois de 1500), no século XVIII, com o desenvolvimento das ciências e a busca por uma sociedade saudável e pura, a doença (inclui-se a deficiência) era vista como algo que perturbava a ordem e que deveria ser diagnosticada, classificada, tratada e curada para evitar o caos.

Da mesma forma, as diferenças sociais, que causavam comportamentos sociais diferentes, eram vistas como desorganizadoras da comunidade e, para manter a ordem, foram formuladas leis que beneficiavam instituições de caridade e filantrópicas, que tinham a função de cuidar das camadas minoritárias e, com isso, moldar seu comportamento através da educação e saúde. (NARDI, 2007)

Neste período, vemos que a sociedade procurava organizar-se para acolher as pessoas, cujas características as colocavam como minorias. Entre elas estavam pessoas com diversos tipos de deficiências, com distúrbios de comportamentos, nascidas em condições sócio-econômicas baixas e enfermos.

Nestes espaços de acolhimento eram oferecidos tratamento e educação, mas ainda de forma excludente e segregatória, uma vez que essas pessoas eram confinadas em instituições especializadas. Estas instituições “confinavam e isolavam no mesmo espaço todos os que tinham seqüelas físicas ou mentais” (RIBAS, 2007, p. 13), sem considerar as peculiaridades de cada tipo de deficiência e, muito menos, as características de cada pessoa.

No século XIX, por influência da Revolução Francesa ocorreu uma forte tendência a se erradicar quaisquer injustiças sociais. E, influenciada por esta postura filosófica, a ciência começou a estudar as questões envolvidas com as deficiências, tendo como foco buscar a cura e/ou evitar o nascimento de bebês com deficiências.

No século XX a sociedade precisou lidar com as conseqüências da Segunda Guerra Mundial e, a partir dos avanços tecnológicos e científicos, desenvolveu instrumentos para

avaliar e classificar os aspectos envolvidos nas deficiências, ainda com o objetivo de buscar a correção destes aspectos identificados. Um exemplo disso é o fato de, neste período, terem surgido alguns dos testes psicológicos para a avaliação da inteligência como, por exemplo, o “WISC” (Escala Wechsler de Inteligência Infantil), em 1949.

Mais especificamente para o tratamento da lesão medular, segundo Rivas (2005), no ano de 1944 começou a funcionar a Unidade de lesão medular no Hospital Stoke Mandeville, sob responsabilidade do governo Britânico.

Segundo Battistella (2003), diferentemente dos países do Hemisfério Norte, no Brasil a Fisiatria esteve inicialmente atrelada às seqüelas de poliomielite e, mais recentemente, com as conseqüências do grande número de lesões por acidentes do trabalho, decorrentes do desenvolvimento industrial.

Ao conhecer e compreender melhor as causas e as características específicas das deficiências, a sociedade passou a ver essas pessoas como merecedoras de atenção e de esforços para a sua recuperação, assumindo posturas assistencialistas (MASIERO, 2006). Neste período, podemos identificar um outro nível do desenvolvimento da consciência coletiva em que a questão da sobrevivência não dependia unicamente do trabalho físico, surgindo tempo e espaço para que a sociedade se dedicasse a questões de ordem moral, na maioria das vezes pautadas pelos princípios religiosos.

Segundo Amiralian (2005, p. 63), esta postura estava pautada na “*cultura da culpa*” em que “[...] esteve sempre nodal a idéia de reparação, a idéia básica de consertar aquilo que de alguma forma fora estragado”.

A partir desta época encontramos um número maior de documentos científicos sobre a questão das deficiências nas áreas da saúde e educação. Na década de 50, na Dinamarca, surgiram os primeiros estudos sobre Educação Especial, apontando a preocupação da comunidade em garantir às pessoas com deficiências o acesso à educação, através de serviços especializados.

Na mesma época, no Brasil, encontramos no texto de Neder (1991) o relato sobre o início do seu trabalho como psicóloga no hospital, sendo, ela, pioneira na atuação em psicologia hospitalar. É relevante o fato de que isso aconteceu em 1954, na Clínica de Cirurgia de Coluna do Hospital das Clínicas, caracterizando o foco das equipes de saúde na reabilitação de pessoas com dificuldades de movimentos.

Segundo a autora (1991, p. 6), “interessavam aos médicos e a outros profissionais a capacidade reativa do paciente e a força colaborativa da família, para aumento da probabilidade de sucesso pela cirurgia.”

Vemos, então, acompanhando as ações de cuidados com esta população, a postura da equipe da saúde focada na recuperação, mais do que na compreensão do processo vivido pela pessoa.

Contudo, o seu relato expôs a visão do psicólogo sobre a pessoa com deficiência nesta época, já numa posição crítica e fundamentada em teorias filosóficas, que compreendiam o ser humano na sua totalidade, dentro de uma perspectiva sistêmica:

Era um trabalho em que se destacava sempre a abordagem da pessoa como um todo, consideradas as diferenças individuais. As pessoas eram vistas em suas interações umas com as outras, na instituição hospitalar, na família, nos ambientes em que viviam, na comunidade (NEDER, 1967). Sem caracterizar as pessoas em função da deficiência física, esta era por mim considerada como um dos contribuintes para sua diferenciação. A família era assistida como componente necessário para a compreensão dos reabilitados e para as mudanças desejadas, sempre consciente de que o comportamento de qualquer um dos membros da família influenciava e era influenciado pelos comportamentos de todos os outros. (NEDER, 1961; 1967; 1973; NEDER, 1991, p. 7)

Com relação à questão profissional, encontramos no texto de Mayer (1959), a descrição do funcionamento do serviço de orientação profissional do centro de reabilitação que, na época, se pautava na avaliação dos profissionais da saúde sobre as condições motoras, psíquicas, cognitivas e comportamentais da pessoa com deficiência, para que, então, fosse feita a orientação, considerando as escolhas dessa pessoa.

Citou, ainda, a importância da análise física do trabalho, considerando as operações envolvidas e verificando as habilidades e qualidades físicas do empregado e que eram necessárias para a realização da atividade. E, para a finalização do processo de colocação profissional de pessoas com deficiência, considerava a necessidade de “[...] modificar o homem e o trabalho” (p. 4), com o uso de próteses, realização de treinamentos e fazendo adaptações no próprio posto de trabalho.

Marques et al. (2003) estudaram sobre os acontecimentos na década de 60 e consideraram que este foi um período caracterizado pelas tentativas de ruptura em relação às práticas excludentes.

Mesmo assim, as ações sociais e educacionais pareciam estar estritamente relacionadas com a visão médica que primava por diagnosticar e estabelecer a conduta de recuperação ou superação dos limites impostos pelas deficiências. Nesta época, as propostas educacionais para estas pessoas aconteciam em ambientes especializados, com a convicção de que a melhor

assistência era aquela em que as ações estavam pautadas no conhecimento das especificidades e cujo ambiente estava preparado para atender às necessidades especiais.

Com a preocupação da comunidade em prestar assistência às pessoas com deficiências, nas áreas da saúde e educação, muitos avanços científicos foram feitos.

Na área da psicologia, Neder (1991, p. 8) refere que, nesta época, identificou a necessidade de transformação da sua prática, pautada na formação psicanalítica, que caminhou para o modelo da psicoterapia breve, “[...] porque objetivos específicos se impunham em cada caso e o tempo de permanência no Hospital, embora mais prolongado, por se tratar de reabilitação, ainda assim era limitado[...]”.

Segundo Nardi (2004), as preocupações assistencialistas adotadas nas décadas de 50 e 60 conduziram as ações no âmbito escolar, caracterizadas pela existência de dois sistemas paralelos de educação: o Regular e o Especial. Este último garantia aos alunos “excepcionais” o direito de estudar numa escola especializada para suas características e, se atingissem padrões de semelhança com os alunos “normais” poderiam ser encaminhados para a escola regular.

Esta autora escreveu que o paradigma vigente na época estava pautado no Princípio da Igualdade e não no da Equidade. Isso significa que as ações se baseavam no princípio de que todos teriam os mesmos direitos ao acesso à educação, já que eram todos iguais ou, ao menos, procurava-se atingir padrões de igualdade.

Porém, ela esclareceu que “[...] o deficiente necessita o direito à igualdade. Não o direito de ser igual, mas a possibilidade de, sendo diferente, ter acesso aos mesmos direitos, de ter respeitada a sua diversidade e garantida a equidade.” (NARDI, 2004, p. 5)  
Equidade, segundo o Minidicionário da língua portuguesa é a “disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um” (FERREIRA, 1993, p. 215).

Concordando com Marques et al. (2003), podemos concluir que, nesta época, embora o processo de inclusão de pessoas com deficiência ainda precisasse evoluir, tais movimentos iniciaram o deslocamento do chamado paradigma da exclusão para o da inclusão, cada vez mais difundido e assumido na atualidade.

Segundo Battistella (2003), a utilização da tecnologia, como ferramenta para produção de bens e serviços, provocou uma mudança no perfil do trabalho, que não mais exigia força física, mas as habilidades cognitivas, de relacionamento interpessoal, criatividade e capacidade de resolução de problemas por parte dos trabalhadores. Tais mudanças no cenário atual do trabalho se apresentavam como um fenômeno positivo para as pessoas com deficiências físicas.

Veremos que nas décadas seguintes, gradativamente, o princípio da equidade passou a reger as ações, constituindo-se um novo paradigma: o da inclusão.

Neste movimento, incluíram-se as discussões sobre a terminologia adotada para se referir às pessoas com deficiências e à forma de classificação dos tipos de deficiência. Nas áreas da saúde e educação, e até a década de 80, as pessoas com deficiências eram incluídas numa mesma categoria, sendo tratadas como “excepcionais”.

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) escreveu a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que segundo Ribas (2007), constituiu-se na compreensão de que há diversidade entre as pessoas com deficiência.

Em 2001 a OMS criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que “[...] oferece uma ferramenta científica internacional para mudar o paradigma do modelo puramente médico para um modelo integrado biopsicossocial de funcionalidade humana e incapacidade.” (OMS, 2002, p. 18). Esta classificação propôs a descrição das alterações nas funções e/ou estruturas corporais (deficiência) de uma pessoa, juntamente com a descrição do ambiente em que ela vive e das atividades consideradas comuns (capacidades) e das barreiras ou facilitadores encontrados para a realização de tais atividades (desempenho).

A respeito da terminologia, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (2007), as discussões, pautadas em reflexões filosóficas, propuseram alterações que se sucederam de “excepcionais”, “pessoas deficientes”, “pessoas portadoras de deficiências”, “pessoas com necessidades especiais” e, por fim, pela determinação da OMS, em 2006, o termo adotado atualmente, de “pessoa com deficiência”.

A adoção de um termo faz-se necessária para a clareza e eficiência nas comunicações. Entretanto, apesar da preocupação em adotar um que seja o mais respeitoso possível, deve-se evitar a tendência de agrupar ou classificar essas pessoas como parte de um conjunto homogêneo.

As práticas inclusivas devem considerar cada pessoa com suas especificidades, sem tentar agrupá-las por semelhança.

A Declaração de Salamanca (1994) pode ser tomada como um exemplo da mudança de paradigma, uma vez que propôs que a forma de educação considerada mais democrática passava a ser aquela na qual os alunos com necessidades especiais (termo adotado à época) deviam estudar em classes regulares, quando se considerou que a maior parte dessa população não apresentava características que não permitissem esta inclusão, desde que as adaptações necessárias fossem providenciadas.

Em concordância com a evolução histórica e mudanças de paradigma na educação, encontramos no Brasil com a Resolução CNE/CEB nº 2, de setembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. E a partir dela, muitas escolas e professores vêm tentando colocar em prática as suas propostas e exigências.

Assistimos, agora, a um passo adiante no desenvolvimento da consciência da nossa sociedade, em que se começa a considerar que não é preciso corrigir as diferenças e igualar a todos, mas sim reconhecer e assumir que diferenças existem e que o esforço deve estar em aprender a lidar com elas.

Tal postura, segundo Amiralian (2005), está pautada na “*cultura do Concern*”<sup>3</sup>, sugerindo que a sociedade tenha:

[...] a preocupação, o envolvimento e o desejo de que [pessoas com deficiências] possam desenvolverem-se de acordo com suas peculiaridades, em um ambiente suficientemente bom, capaz de lhes proporcionar as condições necessárias para que possam desenvolverem-se espontaneamente [...] (AMIRALIAN, 2005, pg. 64)

O paradigma da inclusão revela a possibilidade de que pessoas com deficiências tenham acesso às mesmas oportunidades de experiências e direitos que todas as outras pessoas, tendo respeitada a sua diversidade e garantida a equidade, independentemente de ter um tipo de vida mais próximo do considerado “normal”.

Conforme vimos, em outras épocas a relação entre a forma de sobrevivência e as necessidades econômicas exerceram influência sobre como a sociedade lidou com as pessoas com deficiência e, de acordo com Masiero (2005)<sup>4</sup>, o que acontece na atualidade, além do envolvimento e preocupação com estas pessoas, encontramos também os interesses do Capitalismo em transformar os não contribuintes em contribuintes, além de reduzir a necessidade de uso dos recursos do Estado. (informação verbal)

---

<sup>3</sup> *Concern* é uma palavra da Língua Inglesa cujas definições oferecidas pelo Pequeno Dicionário Michaelis são: preocupação; interesse; negócio; inquietação; companhia; referência. v. preocupar, afetar; interessar

<sup>4</sup> MASIERO, D. Deficiente ou Diferente ? Inclusão: Um longo caminho já foi percorrido. Por quê continuar ?. Aula ministrada no Curso: Diálogo Interdisciplinar sobre Deficiências e Distúrbios no Processo de Escolarização – Reflexões sobre a Inclusão, São Paulo, 2005.

Por ser o foco de interesse deste trabalho, destacaremos, em um tópico a seguir, os acontecimentos atuais relacionados à inclusão profissional de pessoas com deficiências. Estes, vem acontecendo paralelamente com os que já foram e serão citados na área de educação.

Entretanto, antes de nos determos ao tema da inclusão profissional, vale citar alguns estudos atuais, que ajudam a ilustrar a maneira como a sociedade lida com as questões da deficiência no momento presente. Veremos que, em alguns momentos a influência deste novo paradigma encontra-se caracterizada e, em outros, que ainda há dificuldade e preconceitos permeando as ações diante da diversidade.

Um dos artigos encontrados (KASSAR, 2000) discute a constituição social da pessoa com deficiência, contribuindo para a reflexão sobre o tema do preconceito e da exclusão dessas pessoas.

Da mesma forma que Nardi (2007), Kassar (2000) entendeu a constituição da subjetividade como um processo de apropriação de relações sociais e, assim, pretendeu identificar e analisar, na fala da pessoa estudada, aspectos do pensamento coletivo.

A coleta de dados consistiu no registro vídeogravado dos encontros de um grupo de jovens, alunos de uma sala de educação especial. Do material empírico, a pesquisadora destacou alguns diálogos que diziam respeito a um dos jovens, de dezessete anos, com diagnóstico de atrofia de nervo óptico em ambos os olhos, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e microcefalia. Além do registro dos diálogos dos jovens entre si, o estudo analisou os diálogos entre a mãe e a pesquisadora, o professor e o jovem, a pesquisadora e o jovem e a pesquisadora e o professor.

A partir do material coletado, discutiu a influência do pensamento social no pensamento individual.

Identificou, na fala do professor, sua descrença em relação ao aluno e a conseqüente recusa do ensino, não só em relação à profissão desejada por ele, mas também em relação às atividades básicas de leitura e escrita.

Na fala da mãe, os diálogos apontaram as contradições e os conflitos a respeito da capacidade/normalidade de seu filho, em que, ora se refere à sua independência para as atividades do lar, considerando-o "normal", ora parece incorporar e aceitar a fala de uma profissional a respeito da inesperada aprendizagem que ele adquiriu até o momento.

Na fala do jovem, identificou, tanto a sua indignação com relação à descrença do professor, quanto a algum conformismo sobre seu fracasso.

A pesquisadora supôs que o discurso do jovem foi marcado pelas condições de sua produção, e que a significação de sua condição como uma "pessoa deficiente" foi se

constituindo na tensão entre as possibilidades e impossibilidades, referidas pelas diferentes vozes que se cruzaram em sua história pessoal.

Assim, concluiu que a visão do jovem sobre si mesmo pareceu ser uma luta entre ser ou não ser diferente.

Esse estudo nos permitiu observar um recorte da postura social atual no contexto de educação, onde pareceu prevalecer a postura assistencialista, em que se oferece a possibilidade de educação, porém, as ações pareceram ser pautadas na constatação das dificuldades e limitações como justificativas para o baixo desempenho da pessoa com deficiência.

Outros estudos, como o de Kafrouni (2001) e Bastos (2004), apontaram para as dificuldades das escolas em praticar a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais.

Kafrouni (2001) realizou uma pesquisa em escolas públicas da cidade de Curitiba, cujo objetivo foi compreender as principais necessidades dos profissionais da educação básica em relação à inclusão de alunos com necessidades especiais na rede regular de ensino, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Os resultados da pesquisa indicaram que a maioria das escolas investigadas não tinham um projeto específico de inclusão, o que parecia acarretar dificuldades como: rigidez curricular, metodológica e avaliativa, bem como falta de esclarecimento sobre as necessidades educativas especiais, o que os levou a concluir sobre a necessidade de capacitar os professores para o atendimento a esses alunos.

A pesquisa permitiu constatar, também, que a concepção de aluno, vigente nas escolas investigadas, tendeu à homogeneização. Assim, viu que ainda era creditada ao aluno com necessidades especiais a responsabilidade pelo seu aprendizado nas classes regulares de ensino. Tal postura desconsidera o princípio da equidade em que todos devem ser tratados com igualdade à medida das desigualdades.

Com estes dados, o pesquisador concluiu que a implementação da inclusão ainda requer o preparo das escolas e dos profissionais da educação para esta nova realidade.

Como sugestão de conduta, o autor apontou para a necessidade do Estado se comprometer com a inclusão, pois caberia ao poder público oferecer as condições que permitissem a instrumentalização das escolas e dos profissionais da educação.

Outras dificuldades também foram detectadas por Bastos (2004), quem fez uma pesquisa e na qual aplicou questionários a professores, diretores e especialistas que

trabalhavam diretamente com alunos com Síndrome de Down, e que faziam parte do processo de inclusão.

Ela concluiu que, embora a maioria dos professores que tinham alunos com deficiência apresentassem tentativas esforçadas em acertar, haviam lacunas entre os ideais propostos e a prática existente nas escolas.

Essa autora apontou para a necessidade de uma mudança na da mentalidade individual dos professores que trabalham com inclusão, tirando a responsabilidade, única e exclusiva, do Estado ou das instituições.

Ao final, fez algumas sugestões para o sucesso da inclusão escolar:

- o professor deveria ter informações sobre a deficiência de seu aluno e conhecer seus aspectos biopsicossociais;
- o professor e a escola deveriam abordar os pais dos demais alunos, para que estas famílias acompanhem as mudanças de mentalidade;
- o professor deveria promover situações para sensibilizar os demais colegas;
- o professor deveria fornecer ao aluno com necessidades educacionais especiais os recursos necessários para a sua escolarização, bem como auxiliá-lo a conscientizar-se sobre suas potencialidades e limites.

Estes estudos pareceram indicar que a nossa sociedade está convencida sobre a importância do processo da inclusão. Porém, mostraram que ainda encontramos professores, escolas e profissionais da saúde com muitas dificuldades na sua prática.

No próximo capítulo, veremos quais dificuldades também são encontradas pelas empresas.

Tais dificuldades parecem estar relacionadas tanto à falta da capacitação dos professores e profissionais de recursos humanos, quanto à aquisição de materiais adaptados e recursos para acessibilidade. Além disso, os estudos indicaram que ainda há muito o que se caminhar na direção de uma mudança de atitude das pessoas. Estas, precisariam assumir um compromisso maior com as posturas condizentes com o paradigma da inclusão.

Sabemos que só podemos assumir uma nova postura filosófica quando refletimos sobre nossos valores e nos colocamos abertos para as transformações. Assim, passamos por evoluções de consciência, que ocorrem nos âmbitos pessoal e coletivo.

Por ser o foco de interesse da presente dissertação, apresentarei no tópico seguinte a “Lei de Cotas” e a visão atual do Ministério do Trabalho e Emprego sobre a empregabilidade de pessoas com deficiências.

#### 3.4.4 A “Lei de Cotas” e os Movimentos Atuais de Inclusão

A conhecida “Lei de cotas”, refere-se à Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que foi instituída na mesma época em que, como vimos, surgiram diversos movimentos de inclusão da pessoa com deficiência e, que, da mesma forma, mostrava o desejo da sociedade, por via das políticas públicas, de estar em consonância com o princípio da equidade.

Esta lei fixa para empresas com cem ou mais empregados o percentual de 2% a 5% de contratação obrigatória de pessoas com deficiências. Nesta época, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, os valores que lastreavam as determinações da lei visavam:

[...] assegurar os princípios da dignidade e cidadania, do valor social do trabalho e da livre iniciativa, e o da igualdade real de todos perante a lei, [além de construir], [...] por meio dela, uma sociedade livre, justa e solidária, promovendo-se o bem do grupo aquinhoado pela medida, combatendo-se a discriminação e o preconceito que sempre excluiu as pessoas com deficiência do convívio social. (MTE, 2007, pg. 6)

Em 1999, o Decreto nº 3.298/99 visou esclarecer os critérios sob os quais uma pessoa seria considerada deficiente, e em 2004, segundo o MTE (2007), após longas discussões no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), e pelo Decreto nº 5.926/04, atualizou-se esta definição considerando que seriam aqueles que têm “[...] uma limitação física, mental, sensorial ou múltipla, que incapacite a pessoa para o exercício de atividades normais da vida e que, em razão dessa incapacitação, a pessoa tenha dificuldades de inserção social. (MTE, 2007, p. 18)”

Embora tenha havido este forte e importante movimento de inclusão na década de 90, até os primeiros anos do século XXI, sabe-se que, na prática, muito pouco se concretizou, uma vez que a fiscalização do cumprimento das leis era feita de forma inconstante. Segundo Jaime (2008)<sup>5</sup>, foi a partir de 2004 que a Delegacia Regional do Trabalho começou a investir na capacitação dos fiscais, com foco no cumprimento da lei de cotas, e começou-se a efetivar a autuação de empresas. (informação verbal)

Desde então, temos indícios de que a contratação de pessoas com deficiência vem sendo feita em maior proporção, embora, na maioria das vezes, em função de as empresas esquivarem-se da multa. Segundo o manual desenvolvido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (2007, p. 7), a lei de cotas visa que o “[...] processo de exclusão historicamente

imposto às pessoas com deficiência deve ser superado por intermédio da implementação de políticas afirmativas e pela conscientização da sociedade acerca das potencialidades desses indivíduos.”

Num próximo tópico desta dissertação abordaremos estudos sobre a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, onde serão apontadas algumas características deste processo.

Retomando o foco do presente capítulo, a perspectiva histórica, é importante ressaltar que no momento presente muito tem sido feito na direção da efetivação da inclusão de pessoas com deficiências.

Encontramos Organizações Não Governamentais, empresas e grupos de pessoas envolvidas com a questão da diversidade e da inclusão de grupos caracterizados como minorias, promovendo eventos, oferecendo informações e participando de movimentos sociais, que visam multiplicar os conceitos envolvidos no movimento da inclusão.

Além disso, políticas públicas têm sido desenvolvidas com maior foco na questão da inclusão, sendo mais um exemplo a Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (MTE, 2007).

E ainda, a criação da Secretaria Especial da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida, da cidade de São Paulo em 2005 e da Secretaria Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiências, em 2008.

### 3.5 A TENDÊNCIA EXCLUDENTE COMO CARACTERÍSTICA ARQUETÍPICA

Neste capítulo apresentaremos alguns “mitos” e faremos uma reflexão a respeito da exclusão e da busca pela inclusão, como tendências arquetípicas.

Arquétipo é o nome que Jung (1985a; 1987) usou para designar as imagens primordiais, os conteúdos coletivos, não pessoais. São componentes psíquicos impessoais, herdados, idéias universais, que se manifestam no inconsciente de todas as pessoas.

---

<sup>5</sup> JAIME, L.R. A Lei de Cotas. Palestra ministrada no 19<sup>o</sup> Fórum Serasa de Empregabilidade, São Paulo, março de 2008.

Ao longo da história de como a sociedade lidou e lida com as pessoas com deficiências, vimos que sempre houve dificuldades na relação entre os que têm alguma deficiência e os que não as têm. Essas dificuldades pautadas, ora na falta de informações, de recursos técnicos e tecnológicos, ora na dificuldade em lidar com o que é diverso e com o que é estranho, freqüentemente geraram posturas preconceituosas e excludentes. Entretanto, pudemos observar, com certa freqüência, que movimentos na direção da inclusão também foram e são presentes na história das sociedades.

De acordo com RIBAS (2007), atualmente é raro encontrarmos pessoas que, deliberadamente, não queiram conviver com uma pessoa pelo fato dela usar uma cadeira de rodas, não enxergar, ou ter qualquer deficiência. Contudo, o autor alerta para a importância de que esta atitude não seja transitória, superficial, o que acontece quando não se conhece e não se convive de fato com estas pessoas. Para ele “[...] a Inclusão Social se pratica na convivência entre as pessoas e que, portanto, a maneira com as pessoas me vêm refletir também a imagem da maneira como eu quero que elas me vejam, ainda que este possa ser um processo inconsciente.” (RIBAS, 2007, p. 9)

Este trecho indica a importância de que a discussão sobre a inclusão e a exclusão envolva as pessoas com e sem deficiência, sem que se busque por um responsável, um culpado.

Aqui nos deparamos com a característica arquetípica deste tema, e tomamos emprestada a passagem de Jung (1985b):

A psicologia do inconsciente comporta-se da mesma forma que as sagas, lendas, mitos e religiões, com as figuras psíquicas, que surgem nos sonhos, nas fantasias, nas visões e alucinações. No conjunto desse campo psíquico existem motivos, quer dizer, figuras típicas, cujos rastros podem ser seguidos até a história antiga e mesmo até a pré-história e, por conseguinte, podem ser chamadas de arquetípicas. Parece-me que pertencem simplesmente aos componentes estruturais do inconsciente humano, pois não consigo encontrar outra explicação para a sua presença universal e sempre idêntica a si mesma[...] (JUNG, 1985b, p. 118, par. 254)

Nardi (2007) usou o mito de Procusto para ilustrar como as pessoas com deficiências foram tratadas ao longo da história:

Dentre as muitas figuras da mitologia grega, havia um gigante chamado Procusto, que convidava as pessoas para passar a noite em sua estalagem, numa cama de ferro. Nessa aparente hospitalidade, porém, se escondia um tenebroso ardil: ele exigia que os visitantes coubessem, com perfeição, na cama. Se o tamanho do hóspede fosse menor que o leito, Procusto torturava-o, esticando-o até que tivesse (depois de

morrer) o comprimento do leito; caso se tratasse de alguém muito alto, com dimensões superiores às do leito, reduzia-o ao tamanho da cama, decepando-lhe a cabeça ou as pernas que sobravam. (NARDI, 2007, p. 52)

Para a autora, a simbologia contida neste mito revela a que extremos pode chegar a ideologia para tentar “dirigir”, “enquadrar” ou “ajustar” a vida das pessoas ou das sociedades a padrões, conceitos ou idéias pré-estabelecidos.

Essa tendência de enquadrar a todos nos mesmos padrões de comportamento, modo de viver e de pensar tem sido observada inúmeras vezes nas sociedades antigas e contemporâneas como um padrão, sugerindo ser esta uma característica arquetípica. Ao longo do relato da história, notamos que diversas vezes isso foi percebido por algumas comunidades que realizaram movimentos integrativos e inclusivos das pessoas consideradas diferentes.

Esta segunda tendência também poderia ser tratada como arquetípica, uma vez que se repete ao longo da história e diz respeito a habilidade de perceber e trazer à consciência individual e coletiva o fato de que podemos lidar com o que é diferente e estranho, e obter os benefícios da transformação e da renovação.

Tomaremos emprestado da teoria sistêmica o conceito de “*homeostase*”, que consiste na tendência de todo sistema que envolve pessoas - seja ele familiar, social, de trabalho e etc. - de manter os padrões de funcionamento da maneira como foram concebidos. Desta forma, o sistema procura manter-se íntegro e organizado (CAVERNY, 2001). Porém, para que haja evolução e crescimento, tanto dos seus membros quanto do sistema em si, faz-se necessário que haja alguma flexibilidade em absorver atitudes e conceitos novos.

Absorver novas atitudes e conceitos exige que o sistema se permita passar por um período de desorganização, onde a instabilidade, segundo Andolfi (1989), pode gerar sentimentos de confusão e incerteza, uma vez que a mudança de um aspecto ou de um membro do sistema acarretará mudanças em outros aspectos e na função de outros membros do mesmo sistema.

O mito de Procusto ilustra a tendência homeostática dos sistemas sociais de todas as épocas e, mais especificamente, nos remete à questão da acessibilidade dos espaços, sendo essa uma das grandes barreiras para a inclusão de pessoas com deficiências nos espaços coletivos.

Nardi (2007) ressalta que “a não adaptação é o resultado de como o espaço foi concebido e a sociedade foi constituída. O espaço jamais foi pensado como locus aglutinador

de todos. Antes, foi previamente construído para todos aqueles classificados como “normais.” (NARDI, 2007, p. 52)

Como vimos, o mito nos permite analisar a tendência segregatória e excludente da sociedade como uma característica arquetípica. E, entendendo desta forma, à luz da Psicologia Analítica podemos tentar compreender este mecanismo para que este padrão seja integrado à consciência coletiva e dê espaço para uma outra forma de lidar com as diferenças, legitimando os movimentos de integração e inclusão das pessoas com deficiências.

Um outro arquétipo pode nos auxiliar a compreender o mecanismo excludente observado em todas as épocas das sociedades. O arquétipo do Bode Expiatório nos permite compreender a tendência coletiva de expiar o mal, escolhendo um objeto que o represente. Segundo Perera (1996, p. 139) “O fenômeno do bode expiatório representa uma expressão particular - junto com Caim, Ismael, Satã, a caça às bruxas, a perseguição de minorias e as guerras - , do problema genérico da projeção da sombra.”

*Sombra* é um conceito da Psicologia Analítica, que consiste no mecanismo psíquico de manter no inconsciente os conteúdos que são rejeitados pelo ego, sendo dificultada a sua integração à consciência por representarem aspectos considerados negativos, ou vergonhosos. Segundo Whitmont (1969, p.144): “[...] refere-se à parte da personalidade que foi reprimida em benefício do ego ideal.”

Não sendo possível assumir tais conteúdos como características próprias, as pessoas ou grupos de pessoas projetam-nos e enxergam-nos em outras pessoas ou grupos.

O fenômeno do bode expiatório, ocorre quando necessitamos, enquanto indivíduos ou parte de um grupo com identidade específica, achar alguém ou algum outro grupo no qual enxergamos o mal, ou aquilo que não podemos reconhecer como nosso. Desta forma, segundo Perera (1996), podemos responsabilizá-los pelos problemas e dificuldades, sendo justificáveis as ações de segregação e expulsão.

Este mecanismo psíquico proporciona um sentimento de não ser culpado por tais problemas e dificuldades, permitindo a reconciliação com os padrões de comportamento esperados.

“Em termos junguianos, o bode expiatório é um recurso de negação da sombra, tanto do homem como de Deus. Aquilo que é percebido como impróprio a conformar-se ao ego-ideal ou à perfeita benignidade de Deus, é reprimido e negado, ou desmantelado e tornado inconsciente[...] Nem sempre chegamos sequer a perceber que eles fazem parte da nossa constituição psicológica. Temos porém, uma aguda percepção de sua pertinência aos outros, os bodes expiatórios[...] Os que são

identificados com o bode expiatório, em contrapartida, identificam-se com as inaceitáveis qualidades da sombra. Sentem-se inferiores, rejeitados e culpados.” (Perera, 1996, p. 13)

A pessoa ou grupo de pessoas que são alvo da projeção dos males dos outros podem sentir-se rejeitadas com suas características peculiares, mantendo uma percepção de que perderam a conexão com a coletividade. Assim, as características peculiares podem ser entendidas como um fardo para o indivíduo e não como um elemento gerador de transformações e crescimento pessoal e coletivo.

Todo grupo, cultura ou nação têm um determinado ego ideal e, naturalmente, cria uma sombra coletiva. Desta forma, toda minoria e todo grupo dissidente carrega a projeção da sombra da maioria, e disso provém o preconceito racial onde só enxergamos a outra raça, grupo ou cultura, normalmente a partir da projeção de nossa sombra, da sombra de nossa cultura. Por isso, temos que reprimi-los, tentar fazê-los desaparecer, e não podemos conviver com esse grupo ou aceitar a sua existência, já que rejeitamos suas qualidades, que são as que não podemos aceitar em nosso grupo, qualidades estas que estão à margem do padrão de ideal, normalmente veiculado pelas instituições sociais. (SANFORD, 1988)

Para Perera (1996, p. 70) aqueles, sobre os quais a sombra foi projetada, e que conseguem resistir e não assumir o papel de bode expiatório, têm uma capacidade de manter-se em posição consciente de que não fazem parte da imagem “sustentada ritualisticamente pela comunidade.”

Guggenbühl-Craig (1997, p. 106) ao descrever o arquétipo “O Inválido” nos presta grande ajuda para compreender a necessidade de projetarmos as deficiências e rejeitá-las como partes constituintes de todos. Para ele “É uma verdade de nossa condição existencial que somos parcialmente defeituosos sem reparos. Esta é uma vivência básica da vida e é esta que deve definir nossa idéia de saúde.”

Portanto, considera a vivência da invalidez como um padrão humano, uma vez que desde que nascemos até a velhice vivenciamos imperfeições, deficiências e, como o autor chama, destruições de ordem física, mental e psíquica. Ressalta ainda que, por ser uma experiência arquetípica, esta pode ser vivenciada na presença ou na ausência de uma situação de invalidez concreta.

Para ele, a vivência deste arquétipo está relacionada com a necessidade humana de contrabalancear a imagem arquetípica do herói independente ou do viajante, sempre livre, não

ligado a alguém. E, embora um arquétipo tenha em si uma valência neutra, por traduzir um padrão coletivo, humano, sua vivência psíquica pode ser positiva ou negativa.

Na sua vivência positiva, pode ocorrer uma compreensão profunda sobre a condição da fragilidade humana, da fragilidade do próprio corpo e dos funcionamentos mentais e psicológicos, promovendo a modéstia, uma atitude não egocêntrica e ciente da necessidade de viver em relação com o outro, incluindo a aceitação da condição de dependência em relação a outros ou ao próprio meio ambiente.

A vivência negativa do arquétipo do Inválido, entretanto, parece ser mais freqüente, uma vez que nos é naturalmente desagradável a idéia de que, no fundo, somos todos parcialmente inválidos, ou temos o potencial de adquirir uma deficiência. Por este motivo, há uma forte tendência em tentarmos rejeitar este conhecimento e negar este arquétipo, colocando-o na Sombra.

Para Guggenbühl-Craig (1997) o fato de não encontrarmos com facilidade imagens míticas que representem o arquétipo do Inválido aponta para a nossa tendência em reprimi-lo, devido à sua natureza difícil e problemática. A compreensão negativa da condição humana de fragilidade e susceptibilidade a adquirir deficiências pode causar uma atitude fatalística. Nestes casos, como defesa à sensação de impotência, observamos comportamentos autoritários, egoístas, prepotentes, de fuga da realidade, quase sempre em busca de recursos para sanar o mal-estar e os sintomas inoportunos.

Tal vivência parece prejudicar a possibilidade criativa em que a psique encontra caminhos através da reflexão, para ir além da noção concreta da vida, desenvolvendo o que o autor chama de um tipo de espiritualização.

O autor fala da idéia de saúde na nossa cultura, como um estado de plenitude física e mental. Para ele, isto explica os avanços da medicina que desenvolve recursos para a cura de doenças, sendo esse um benefício para a humanidade. Contudo, ressalta o risco da fascinação pela saúde, como se este estado fosse a única possibilidade de vivência do arquétipo de Deus, o que desconsidera os benefícios de reconhecermos o arquétipo do Inválido como constituinte da condição humana.

Ele explica que esta fantasia do que é saúde nos faz projetar nossa invalidez em crianças e adultos com deficiências e limitações, nos motivando a tomar providências para a cura e o bem estar delas, esquecendo-nos de que esta condição está presente nas menores queixas do cotidiano.

Ao projetar a invalidez no outro, mesmo que numa atitude de proteção e cuidado, estamos classificando este outro como diferente, como alguém que está numa condição que

precisa ser modificada. Esta atitude torna-se excludente e sua vivência negativa pode ocasionar reações às pessoas com deficiências, como se elas assumissem o papel do Bode Expiatório, detentor de tudo o que há de mal, retratando a dificuldade em integrar os aspectos frágeis e deficientes em nós mesmos.

A postura da nossa sociedade, de negar o arquétipo do inválido como algo presente em todos, pode fazer com que as pessoas que se vêem em situação de real deficiência/invalidez, por menor que seja a limitação, sintam-se merecedoras de investimentos tão altos que as coloquem em situação de total proteção e garantias, visando sair da condição de perigo e prejuízos. Nestes casos, parecem ter que deixar sua psique ser tomada pelo arquétipo, numa vivência negativa dele, uma vez que não pode mais negá-lo ou rejeitá-lo.

Num processo mais criativo, tanto a pessoa com deficiência quanto o grupo social podem compreender que lidar com limitações faz parte da condição humana, e que as desvantagens com as quais tem que conviver são uma das características do processo de vida.

### 3.6 INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO

Este capítulo trata do tema da inclusão profissional da pessoa com deficiência, com foco na atualidade.

Apresentaremos, inicialmente, duas pesquisas sobre o retorno ao trabalho e as condições para a reabilitação profissional de amostras de pessoas com diagnósticos específicos. E, em seguida, um estudo sobre o ponto de vista de empregadores com relação à contratação de pessoas com deficiências.

Guarino et al. (2007) realizaram um estudo retroativo, entrevistando 78 pacientes amputados em membros inferiores, que haviam sido reabilitados em um centro de reabilitação de São Paulo no período de 1999 a 2005. O objetivo do estudo era verificar a situação de trabalho e do uso de próteses de membro inferiores. Todos os entrevistados estavam trabalhando ou estudando à época da amputação, sendo que a média da faixa etária era de 46,3 anos.

Como um dos objetivos da reabilitação, os autores apontaram a importância da inclusão social, sendo que o retorno ao trabalho poderia proporcionar bem estar, melhora da auto-estima, e a retomada de um sentido para a vida. Citaram estudos internacionais que indicaram que grande parte das pessoas que sofreram amputações, ao retornarem ao trabalho

não ocupavam as mesmas atividades profissionais, passando a exercer atividades mais sedentárias e de maior complexidade intelectual.

Os resultados encontrados na amostra do estudo apontaram que 69,2% da amostra recebia benefício previdenciário ou aposentadoria e apenas 10,2% voltou a trabalhar, sendo que, destes, todos voltaram para mesma função após a amputação, diferentemente dos achados internacionais. Os motivos do não retorno ao trabalho, citados pelos entrevistados, foram: opção pessoal e dificuldade de encontrar trabalho. Entre os que voltaram a trabalhar, todos haviam sido protetizados.

Esse estudo pode contribuir com a discussão sobre o tema, uma vez que apresenta uma descrição da amostra com relação aos dados sócio-demográficos, situação da reabilitação e retorno ao trabalho. O que parece ser relevante é que poucos retornaram ao trabalho e muitos recebiam benefício previdenciário. As questões sociais e educacionais foram apontadas como fatores negativos para o retorno ao trabalho.

Gomes (2000) desenvolveu um estudo piloto, cujo principal objetivo foi conhecer os problemas de reabilitação profissional de Pessoas com Epilepsia.

O pesquisador alertou para as dificuldades que essas pessoas podem ter em achar e manter um emprego regular, devido às restrições impostas pelas suas deficiências e prejuízos sociais.

Com relação a isso, comentou a questão do estigma, que sempre foi citado como um impedimento para a inclusão social, podendo ser menos importante do que o reconhecimento de barreiras reais dos empregos, e das poucas oportunidades para a escolaridade.

Para o estudo, analisou os prontuários de quinze pacientes, registrados em 1997 e 1998, obtendo dados sobre suas condições de saúde e trabalho, além de dados sócio-demográficos e sobre os treinamentos feitos.

A amostra apresentou predominância de sujeitos do sexo masculino, a maioria em idade ativa para o trabalho, com baixa escolaridade e sem especialização profissional. Todos recebiam benefício por incapacidade há muitos anos. Verificou-se alta frequência de crises, com múltiplas referências ao uso de fenobarbitúricos.

Da amostra, apenas uma pessoa foi elegível para o programa de treinamento.

A predominância de sujeitos solteiros, o número significativo de relatos de uso de drogas, e a presença de epilepsia associada a outras co-morbidades, permitiu ao pesquisador inferir sobre as dificuldades sociais enfrentadas por aquela clientela.

Segundo o pesquisador, a baixa escolaridade e a não especialização profissional não deveriam ser atribuídas ao fato de serem pessoas com epilepsia, mas refletir o perfil da sociedade brasileira.

Gomes (2000) concluiu que os baixos resultados da amostra para a possibilidade de reabilitação profissional podem estar relacionados aos fatores prognósticos desfavoráveis, como: dor de cabeça, levando a perda de consciência, outras doenças crônicas simultâneas, o número de crises, além do nível sócio-cultural e educacional dessas pessoas. Entretanto, citou outros estudos que indicaram que as variáveis psicossociais, assim como escolaridade e habilidades cognitivas, têm maior relevância do que a frequência de crises para manter um emprego. (SILLANPAA E HELENIUS, 1993 apud GOMES, 2000)

O artigo parece apresentar uma falha no método com relação ao número de participantes da amostra, fazendo com que os resultados não possam ser generalizados para a população brasileira de pessoas com epilepsia.

O estudo, entretanto, possibilitou o levantamento de alguns problemas enfrentados por essa população para a reabilitação profissional, o que contribui para os estudos na área.

O estudo realizado por Tanaka e Manzini (2005) teve o objetivo de identificar o ponto de vista dos empregadores sobre a pessoas com deficiência, o seu trabalho e a sua admissão como funcionário da empresa.

Os pesquisadores contextualizaram o estudo diante do movimento atual de inclusão, no qual as empresas têm sido pressionadas a cumprirem as leis que obrigam a que 2 a 5% dos funcionários de uma empresa sejam pessoas com deficiência, desde que a empresa tenha mais do que 100 funcionários.

Consideraram que embora o movimento seja lento, o assunto passou a gerar interesse após o início de fiscalização mais rigorosa, feita pelo Ministério Público do Trabalho, mediante punições às empresas que não vinham cumprindo a lei. Contudo, apontaram alguns problemas para o aumento do número de vagas para pessoas com deficiência. Por um lado, expuseram as questões da realidade do país, que já apresentava um número reduzido de vagas para a população em geral e, por outro, a falta de informações sobre a deficiência, aliada à possível crença de que a pessoa com deficiência não corresponderia ao ritmo imposto pela produtividade.

Tanaka e Manzini (2005) discutiram as questões do preconceito e o fato de a desinformação a respeito da deficiência produzir desconhecimento sobre as reais incapacidades e limitações da pessoa, assim como das suas potencialidades, necessidades, expectativas e sentimentos.

Assim, questionaram as condições nas quais um funcionário com deficiência poderia ser admitido em uma empresa se, de antemão, ele corre o risco de as próprias pessoas que irão recebê-lo não acreditarem no seu potencial para o trabalho.

Para eles, conhecer a visão que o empresário tem sobre o trabalho da pessoa com deficiência também deveria fazer parte do processo de compreensão das dificuldades que essa população enfrenta para ocupar um espaço no mercado de trabalho, já que, por força da lei, ele acaba sendo obrigado a reservar-lhe um percentual de vagas.

Segundo Ribas (2007, p. 106), “ Inscrever as pessoas com deficiências na política de recursos humanos das empresas é aprender a lidar com uma diversidade até então nunca lidada pelo mundo corporativo”. Portanto, a preocupação dos pesquisadores em conhecer a visão dos empregadores sobre a inclusão nos parece pertinente.

Os dados foram coletados, por meio de entrevista semi-estruturada, junto a seis responsáveis pelo setor de Recursos Humanos de empresas pertencentes aos ramos de comércio, indústria e prestação de serviços de uma cidade do norte do Paraná.

A entrevista continha questões que abrangiam a concepção de deficiência, opinião sobre o trabalho e a formação profissional da pessoa com deficiência, e fatores que pudessem interferir na sua colocação no mercado de trabalho.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, analisadas em seu conteúdo, permitindo o agrupamento das respostas por categorias.

Os resultados apresentados indicaram que essas empresas possuíam funcionários com diferentes tipos de deficiência e a sua contratação ocorreu, predominantemente, pela obrigatoriedade da lei. Os entrevistados acreditavam que as pessoas com deficiência tinham condições de exercer um trabalho, mas apontaram algumas dificuldades em função:

- a)** dela própria - falta de escolaridade, de interesse e de preparação profissional e social;
- b)** da empresa - condições inadequadas do ambiente físico e social, falta de conhecimento sobre a deficiência;
- c)** das instituições especiais - inadequação dos programas de treinamento profissional e social, falta de contato com as empresas para conhecer as suas necessidades;
- d)** do governo - de proporcionar acesso à escola e ao transporte, falta de incentivo para as empresas promoverem adaptações ergonômicas e desenvolverem programas de responsabilidade social.

As respostas obtidas também indicaram que os cargos que os funcionários com deficiência ocupavam exigiam pouca qualificação e o seu treinamento era realizado no

próprio local de trabalho. E, que prevaleceu entre os entrevistados a concepção de que as dificuldades desse trabalhador eram decorrentes das suas condições orgânicas.

Apesar de o caminho de acesso ao mercado de trabalho aparentemente ter se tornado mais curto, os dados deste estudo mostraram que o número de pessoas com deficiência que agora participa do quadro de funcionários das empresas contatadas ainda está muito aquém do percentual que a lei prevê. Essa situação foi justificada pelos empregadores com base nas inúmeras dificuldades apontadas para a ocupação de um cargo por pessoas com deficiência, conforme apresentado anteriormente.

Assim, embora os empregadores fossem influenciados por concepções que situavam essas dificuldades em elementos intrínsecos à pessoa com deficiência, colocaram também os fatores externos como possíveis causas para os obstáculos que essa população enfrenta para ter acesso ao mercado de trabalho.

Parece, ainda, que faltam qualificação profissional e preparo social para que a pessoa com deficiência possa ocupar cargos, cujo perfil seja compatível com as suas habilidades e com as reais necessidades da empresa. Além disso, a sua reduzida participação no mercado de trabalho acabou também sendo reforçada pelas inúmeras barreiras de ordem social, arquitetônica e funcional, comprometendo o seu direito fundamental de ir e vir. Por outro lado, a falta de informação sobre a deficiência acabou restringindo a oportunidade de ocupação de funções que fossem efetivamente adequadas às suas reais dificuldades e possibilidades.

Tanaka e Manzini (2005) concluíram que a “lei de cotas” acabou sendo um importante instrumento de reivindicação dos direitos da pessoa com deficiência, mas que ela não foi suficiente para resolver os problemas que essa população enfrenta para chegar ao mercado de trabalho.

Refletiram sobre a ação de contratar a pessoa com deficiência, apenas para cumprir uma lei, sem remover os obstáculos existentes no caminho que ela terá que percorrer para buscar um trabalho, o que acabará colaborando para criar o estigma que ela não possui competência para disputar no mercado competitivo do trabalho.

Consideraram que a simples promulgação de leis para assegurar os direitos da pessoa com deficiência em ter um trabalho não irá mudar a sua realidade, se os fatores que dificultam a sua inserção no meio social não forem detectados, discutidos e minimizados, por meio de uma ação conjunta entre o indivíduo, a família, a sociedade e o governo.

O artigo apresenta pontos importantes para a discussão do assunto. Entretanto, é possível que o mesmo estudo, se aplicado a uma população maior, com um tratamento

estatístico das respostas, além da análise qualitativa das mesmas, fornecesse informações que poderiam ser apresentadas às entidades envolvidas, o que poderia sensibilizá-las para as modificações necessárias.

### 3.7 RESILIÊNCIA

No levantamento bibliográfico, o resultado da busca para a palavra chave “resiliência” mostrou muitos artigos que tratam de problemas relacionados à agricultura e condições do solo. E muitos, que são aplicados às ciências humanas, na maioria das vezes tratam do tema do ponto de vista conceitual.

Neste capítulo apresentaremos as contribuições de trabalhos teóricos que apresentam o construto da resiliência, diferenciando alguns termos, como: *enfrentamento*, *fatores de risco* e *fatores de proteção*.

Embora nenhum artigo tenha sido encontrado para a combinação das palavras chaves “resiliência e deficiência”, encontramos um que apresenta pesquisa sobre o enfrentamento do trauma raquimedular e outro que trata da visão do envelhecimento em pessoas com deficiências. Ambos, poderão contribuir para a reflexão sobre o tema neste capítulo.

Dentro do tema da resiliência, encontramos muitos artigos que apresentam pesquisas empíricas com foco em crianças e jovens em situação de risco. Entretanto, como o presente trabalho tem como foco a resiliência em adultos, esses artigos não serão explorados em profundidade, mas apenas citados, à medida em que contribuirão para o esclarecimento do construto.

Encontramos, também, pesquisas sobre a tradução e validação de escalas de resiliência, que serão apresentadas no Tópico 3.8: Avaliação de Resiliência.

#### 3.7.1 O Conceito de Resiliência

O conceito de resiliência vem sendo estudado e discutido por diversos autores, que, segundo Araújo (2006), vêm se preocupando cada vez mais com o rigor dos termos utilizados. O artigo escrito pela autora apresenta uma revisão da literatura a respeito do assunto em que são explorados diversos estudos atuais, que discorrem sobre o conceito de resiliência e termos, como: *risco*, *proteção*, *vulnerabilidade*, *estresse*, *enfrentamento*.

Assim como Araújo (2006), adotaremos a definição de Grotberg (2005, p.1) para o termo resiliência: “ [Resiliência é] a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”.

Entretanto, para esclarecer sobre a origem do termo resiliência, temos que nos remeter à Física, que o utiliza para descrever a capacidade dos materiais modificarem sua forma e depois recuperarem sua condição original. Como, por exemplo, a madeira que, quando molhada se expande e ao secar-se retorna ao estado anterior.

As ciências humanas tomaram este termo emprestado, quando diversos autores se interessaram em estudar a habilidade de certas pessoas de enfrentarem situações de extrema adversidade e conseguirem manter-se saudáveis e, ainda, tornarem-se fortalecidas a partir disso. A adversidade é compreendida, pelos estudiosos sobre resiliência, como eventos que denotam uma dificuldade, um problema, mas que podem ser administrados.

Araújo (2006) retomou a motivação dos primeiros estudos sobre resiliência que focaram a capacidade de crianças, que desde pequenas sofreram situações de stress e prejuízos para o desenvolvimento e que, apesar disso, conseguiram enfrentar as adversidades e transformar as perdas em desafios.

Afirmou que esse tema é muito estudado ainda hoje. Entretanto, comentou que as pesquisas em resiliência passaram a adotar perspectivas sistêmicas e ecológicas, ampliando a compreensão do fenômeno da resiliência para além do foco no indivíduo, e considerando que este, em conjunto com seu ambiente, constitui sistemas de formação mútuas. Essa abordagem está pautada na noção de que a mente se estrutura na interação entre os processos neurofisiológicos e as experiências dos relacionamentos interpessoais. Assim, fatores ambientais passaram a ser considerados essenciais ao entendimento dos fatores de resiliência.

Infante (2005, p. 25), também, falou dessa perspectiva para a compreensão da resiliência baseada no modelo ecológico-transacional, que “consiste em o indivíduo estar imerso em uma ecologia determinada por diferentes níveis que interatuam entre si, exercendo uma influência direta em seu desenvolvimento humano”, sendo que os níveis referidos envolvem os planos individual, familiar, comunitário e o cultural.

Essa concepção parece fundamental para o tema aqui estudado, uma vez que, além dos fatores físicos e psicológicos, os fatores ambientais e sociais foram frequentemente citados pelos autores que estudaram como pessoas que adquirem uma deficiência lidam com as mudanças ocorridas em sua vida. (VASCH, 1988; BATSHAW, 1990; KOVÁCS, 1997; WAHBA, 2006).

Além disso, e como vimos anteriormente, a OMS (2002) propõe, por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que o estudo da autonomia de uma pessoa deve considerar a avaliação das condições das estruturas orgânicas e mentais e, também, das barreiras ambientais e atitudinais presentes no seu contexto de vida.

Para a definição do conceito de *adversidade*, adotamos o proposto por Infante (2005). Para a autora, a ocorrência de uma *adversidade* pode dar-se devido à presença de *fatores de risco*, como: viver na pobreza ou num contexto de violência ou restrições ou, também, devido a uma situação de vida específica, como o falecimento de um ente querido. A natureza do *risco* pode ser subjetiva, dependendo da percepção e do valor que a pessoa atribui ao evento, ou objetiva, quando pode ser medida por escalas que investigam os eventos negativos ou por avaliações da sociedade ou de cientistas.

Segundo o modelo proposto pela autora, para a compreensão de um processo resiliente faz-se necessário definir a *adversidade*, verificar a ocorrência da *adaptação positiva* e o impacto no desenvolvimento humano.

A *adaptação positiva* denota o resultado do comportamento da pessoa que lidou com um evento adverso, sem sofrer desajustes ou impedimentos para o processo de desenvolvimento esperado para a fase em que se encontra. Além disso, pode ainda ocasionar o desenvolvimento de alguma habilidade ou aspecto pessoal. (INFANTE, 2005)

Segundo Grotberg (1997), o comportamento resiliente pode surgir em resposta à adversidade, embora não necessariamente seja promovido por ela. Esse comportamento tem como resultado a manutenção do desenvolvimento normal da pessoa, apesar da adversidade vivida. Além disso, pode promover transformações e crescimento para além do presente nível de funcionamento.

Assim, a resiliência está além da capacidade de sobreviver a adversidades, mas está ligada à capacidade de confronto, de adaptação flexível e competente.

Segundo Araújo (não publicado), a resiliência não deve ser pensada como um atributo com o qual nascemos ou como um traço de personalidade, mas, sim, como um conjunto de habilidades construídas a partir de processos sociais e intra-psíquicos que ocorrem ao longo da vida, dependendo de condições benéficas nos níveis pessoal, familiar, social e cultural.

Dessa forma, a resiliência pode ser considerada como um potencial humano que deve ser promovido desde o nascimento.

Um dos termos que merece atenção na construção do conceito de resiliência é o *enfrentamento*.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) o termo *enfrentamento* pode ser descrito como a maneira pela qual as pessoas reagem a situações estressantes, sendo isso que faz a diferença nas conseqüências deste estresse.

Segundo Araújo (2006), respostas de *enfrentamento* podem ser características de resiliência, mas não dizem respeito ao processo de resiliência vivenciado pela pessoa, pois tal processo pressupõe que haja uma aprendizagem, uma evolução após a experiência adversa.

A seguir, apresentaremos o estudo realizado por Pereira e Araújo (2005) num serviço de reabilitação de um hospital do Distrito Federal, que teve como objetivo investigar as estratégias de *enfrentamento* adotadas por pacientes com trauma raquimedular e seus familiares durante a participação em um programa de reabilitação hospitalar, visando: descrever e compreender as estratégias de *enfrentamento* desenvolvidas; identificar e avaliar diferenças nas estratégias de *enfrentamento* adotadas no momento de admissão e no momento de alta e, compreender a influência das atividades do programa de reabilitação no *enfrentamento* do paciente e seu familiar.

Como compreensão do termo *enfrentamento*, aqueles pesquisadores afirmam ser uma resposta destinada a diminuir os encargos físico, emocional e psicológico, relacionados aos eventos estressantes. Portanto, seriam aquelas respostas efetivas para reduzir a angústia imediata, ou que contribuem para melhores resultados a longo prazo.

Para tal estudo foi selecionada uma amostra constituída por seis díades paciente/familiar.

Como instrumento de pesquisa, utilizaram a Escala Modos de Enfrentar Problemas - *The Ways of Coping Checklist - Revised*, derivada do Modelo Transacional de Estresse de Lazarus, e também foram aplicados quatro roteiros de entrevista semi-estruturada destinados, respectivamente, ao paciente em pré-reabilitação e em pós-reabilitação e ao familiar em pré-reabilitação e em pós-reabilitação.

O procedimento consistiu na entrevista das díades, antes de qualquer intervenção da equipe e na semana da alta do programa de reabilitação.

Ao analisarem as díades, observaram que os familiares adotaram estratégias semelhantes aos dos pacientes nas duas etapas. As estratégias utilizadas com maior freqüência em pré-reabilitação e pós-reabilitação foram: religiosidade, pensamento desiderativo/fantástico, pensamento positivo, focalização no problema e busca de suporte social.

Constataram, também, que na etapa de pré-reabilitação ocorreu utilização mais freqüente das estratégias: religiosidade e busca de suporte social, seguidas por pensamento positivo e esquiva. Na etapa de pós-reabilitação, as estratégias mais utilizadas foram: busca de

suporte social, focalização no problema e pensamento positivo. Os pesquisadores destacaram que religiosidade foi apresentada como a estratégia mais frequentemente utilizada apenas pelo grupo dos familiares.

Os achados sobre a busca de suporte social parecem condizentes com os apontamentos de Oliveira (2001), que referiu a habilidade das pessoas com lesão medular em manterem relações sociais, mesmo que estas ocorram num nível superficial, isto é, nem sempre acompanhadas de verdadeira vinculação afetiva.

Pereira e Araújo (2005) concluíram, a partir dos dados, que na pré-reabilitação existiu maior diferenciação entre as estratégias utilizadas por pacientes e familiares, enquanto que na pós-reabilitação as modalidades adotadas tenderam a se assemelhar. Sendo assim, levantaram a hipótese de que o programa de reabilitação influenciou o modo de *enfrentamento* dos participantes, podendo ter mobilizado os sujeitos a buscar estratégias que viabilizassem uma melhor adaptação à situação da lesão medular.

Sugeriram que a clareza das informações e o repasse consistente das orientações possibilitaram uma reorganização da vida, não somente da pessoa com lesão medular, mas também dos integrantes da rede sócio-familiar, contribuindo, desta maneira, para a melhoria da qualidade de vida de todos os implicados.

Embora os pesquisadores não tenham apresentado uma análise compreensiva das estratégias de *enfrentamento*, o método da pesquisa permitiu a descrição de algumas das estratégias utilizadas pelos pacientes e seus familiares nas fases de pré e pós-reabilitação, assim como nas diferenças ocorridas nas duas fases. Seria interessante discutir, por exemplo, se a estratégia de focalização no problema, sendo mais utilizada na pós-reabilitação, tem a ver com a maior consciência sobre o diagnóstico e condição física.

No artigo não foram descritas as atividades de reabilitação, mas teria sido interessante verificar se há relação entre essas atividades reabilitativas específicas e o desenvolvimento de estratégias de *enfrentamento*.

A religiosidade, que foi identificada como uma das estratégias utilizadas pelos pacientes e familiares para o *enfrentamento* da nova situação, parece ser um tema de grande relevância e de interesse entre os estudiosos sobre saúde e resiliência.

Saad et al. (2001) realizaram um levantamento bibliográfico de estudos sobre espiritualidade e sua relação com a saúde. Os autores consideraram a religiosidade como uma das formas da manifestação da espiritualidade e encontraram diversos estudos científicos, que apontaram que as pessoas que têm melhor saúde e se adaptam com mais sucesso ao estresse são religiosas. A partir desses achados, propuseram que médicos e terapeutas fossem

treinados para levantar as expressões da espiritualidade de seus pacientes e respeitá-las de forma que pudessem contribuir para o sucesso do tratamento.

Bezinelli (2007)<sup>6</sup> descreveu a espiritualidade como uma imagem arquetípica que proporciona resiliência. Definiu espiritualidade como um movimento psíquico no sentido de algo que transcende o ego, sendo a religião uma das formas de vivenciá-la. Este movimento pode ser acionado quando, diante de uma situação adversa, o *ego* (a consciência) não encontra recursos suficientes para o *enfrentamento* e permite a ampliação da consciência, percebendo que algumas experiências fazem parte da condição humana e que podem ser superadas ou toleradas. (informação verbal)

A compreensão do termo *fatores de proteção* também pode auxiliar na construção do conceito de resiliência e, para isso, nos apoiaremos em Rutter (1993, p.630), que o apresenta “como influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação.”

Segundo ele, há quatro principais mecanismos de proteção:

- 1) redução do impacto dos riscos;
- 2) redução das reações negativas em cadeia que seguem a exposição da pessoa ao risco;
- 3) estabelecimento e manutenção da auto-estima e da auto-eficácia, mediante a existência de relações de apego seguras e incondicionais e o sucesso no cumprimento das tarefas da vida;
- 4) criação de oportunidades para que se possa transformar uma trajetória de risco em um caminho com possibilidade de um final feliz.

Assim, entendemos que os *fatores de proteção* são habilidades pessoais e condições sócio-culturais que favorecem o processo de resiliência.

Outros autores estudaram as características e atributos de indivíduos considerados resilientes, e entre eles estão Reivich e Shatté (2002) e Sauaia (2003).

Sauaia (2003) criou duas categorias que englobam as diferentes habilidades de resiliência: “*a percepção de si*” e “*a percepção do outro*”.

Segundo essa categorização, a “*percepção de si*” poderia ser avaliada através da autonomia, auto-estima, auto-eficácia, auto-controle, senso de objetivo e futuro, das habilidades cognitivas e da percepção da imagem corporal. E, a “*percepção do outro*”

---

<sup>6</sup> BEZINELLI, J. Espiritualidade e Resiliência. Aula Ministrada no curso de Resiliência, do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, em 10 de outubro de 2007.

poderia ser avaliada através da competência social, empatia, capacidade de comunicação, habilidade de adaptação ao meio, e habilidade para solucionar problemas.

Algumas habilidades descritas por Sauaia (2003) foram estudadas por Cecconello e Koller em 2000. Tal estudo teve como objetivo avaliar a competência social e a empatia em crianças escolares que vivem em situação de pobreza (*risco*).

E, embora o presente trabalho não tenha como foco a resiliência na infância, apresentaremos o estudo pela sua contribuição à compreensão do conceito de resiliência e dos fatores constitutivos desta habilidade.

As pesquisadoras consideram que crianças em situação de *risco* pessoal e social são aquelas cujo desenvolvimento não ocorre de acordo com o esperado para a sua faixa etária, Justificaram o estudo, apontando para os aspectos do meio-ambiente que devem ser considerados para o entendimento dos processos adaptativos dos indivíduos no curso de suas vidas.

Como exemplo, apontaram a pobreza como um tipo de ameaça constante, que aumenta a vulnerabilidade da criança, pois pode causar subnutrição, privação social e desvantagem educacional. Acrescentaram o fato de a miséria econômica ser um fator de *risco*, que muitas vezes vem acompanhada da miséria afetiva.

Assim, contextualizaram a importância da avaliação da competência social e da empatia, por serem dois, entre alguns dos *fatores de proteção*, mais citados por diversos autores como importantes para a promoção de resiliência.

Definiram competência social como uma característica individual, que leva em conta a interação do indivíduo com a família e outras pessoas significativas. E explicaram que, para que essa habilidade seja eficiente a pessoa precisa perceber as expectativas do ambiente, regular o tipo de comportamento que se faz necessário em determinada situação, além de apresentar uma boa auto-estima e auto-eficácia.

Definiram empatia como a habilidade em compartilhar uma emoção percebida de outra pessoa, sentindo a mesma emoção que ela está sentindo. E com base na bibliografia consultada, as autoras verificaram que o desenvolvimento da empatia está relacionado à expressividade emocional e à habilidade em manejar as próprias emoções, que por sua vez, está relacionada com o suporte de outras pessoas.

A partir do estudos desses fatores, verificaram uma possível relação entre a empatia e a competência social das crianças e sua influência na resiliência.

Foram sujeitos desse estudo 50 meninos e 50 meninas, com idade entre seis e nove anos, que estavam em constatada condição de pobreza .

A coleta de dados permitiu avaliar características importantes para a competência social, tais como: confiança, auto-eficácia e iniciativa. Utilizaram a Escala de Empatia de Bryant (1982) e o Teste das Histórias Incompletas (Mondell & Tyler, 1981)

Os resultados revelaram que quanto mais empática era uma criança, mais competente socialmente ela tendia a ser.

Concluíram que o nível de *risco* vivenciado pelas pessoas dessa amostra tendeu a ser amenizado pela correlação entre dois *fatores de proteção*: a competência social e a empatia. E que, de um modo geral, os resultados obtidos sobre a competência social e a empatia de crianças em situação de pobreza destacam a importância desses dois fatores para o desenvolvimento de estratégias para a adaptação a situações adversas, favorecendo a resiliência e reduzindo a *vulnerabilidade*.

Ceconnello e Koller (2000) indicaram a importância de se trabalhar no incremento dos recursos disponíveis, tanto em nível individual quanto em nível ambiental, para minimizar os danos causados pelas adversidades. Proporcionar situações nos mais variados contextos para o desenvolvimento de características, como empatia e competência social, assim como oferecer condições para o estabelecimento de uma rede de apoio social, foram identificadas como formas de favorecer a resiliência.

A **Empatia** é um dentre os sete fatores que Reivich e Shatté (2002) descreveram como constitutivos do potencial resiliente de uma pessoa. Os demais são: **Administração das Emoções, Controle dos Impulsos, Otimismo, Análise do Ambiente, Auto-eficácia e Alcançar Pessoas.**

Esses autores apresentaram um questionário de avaliação de resiliência, o “Resilience Quotient Test”, que foi traduzido e validado para a população brasileira por Barbosa (2006). O questionário traduzido foi utilizado como instrumento de pesquisa neste trabalho e a pesquisa para a validação, desenvolvida por Barbosa (2006), será apresentada no tópico 3.8 Avaliação da Resiliência.

No Capítulo 4 Método, tópico 4.4 Instrumentos, o questionário e os fatores serão apresentados em detalhes, e será descrita a forma de avaliação de cada um.

Pesce et al. (2005) fizeram a adaptação transcultural para o português da escala de resiliência de Wagnild & Young, cuja pesquisa será apresentada também no tópico 3.8 Avaliação da Resiliência.

Os mesmos autores (Pesce et al.), em outro artigo publicado em 2004, fizeram um ensaio exploratório sobre a associação da resiliência com eventos de vida adversos (*risco*) e com *fatores de proteção*, pois acreditavam que, apesar das diversas incertezas sobre os

processos ocorridos no indivíduo até que ele consiga alcançar a resiliência, as variáveis *risco* e *proteção* seriam peças fundamentais e que se combinariam no cenário complexo desse construto.

O método consistiu na entrevista de 997 jovens com idade entre 12 e 19 anos, pertencentes à mesma amostra utilizada para a validação e adaptação transcultural da Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

Além da aplicação da Escala de Resiliência citada, para medir eventos de vida foram utilizadas escalas de violência física (Straus, 1979) e psicológica (Pitzner & Drummond, 1997), itens de violência na escola e na localidade, violência entre irmãos e entre pais, e violência sexual. Para avaliar os *fatores de proteção*, utilizaram: Escala de Apoio Social de Shebourne e Stewart, Escala de Auto-Estima (Rosemberg, 1989) e itens abordando supervisão familiar.

Os dados encontrados nesse estudo mostraram que os eventos traumáticos de vida não estavam relacionados com características de um indivíduo resiliente. Portanto, não se pode afirmar que ter vivenciado um tipo de evento ou várias experiências negativas contribui para a capacidade de lidar com a adversidade.

Esses achados estão de acordo com a teoria, que não encontra relação direta entre *risco* e resiliência, pois há que se considerar que o processamento da experiência negativa é um fator importante para a resiliência.

Os *fatores de proteção*, por sua vez, tiveram associação com a resiliência, confirmando a hipótese teórica que molda esse construto. Pode-se interpretar essa relação entendendo que os *fatores de proteção* aqui abordados (auto-estima, apoio social, gênero e relacionamento com outras pessoas) atuam como facilitadores no processo individual de perceber e enfrentar o *risco*.

O estudo desenvolvido por Resende e Neri (2005) pretendeu analisar as atitudes de pessoas com deficiência congênita ou adquirida, frente a outras pessoas com deficiência, ao idoso e à própria velhice. Os achados dessa pesquisa estão apresentados aqui, pois podem contribuir para a articulação do conceito de resiliência e dos termos relacionados com as questões da deficiência.

Para justificar a relevância do estudo, os autores apresentaram algumas considerações sobre a deficiência física e sobre a velhice, que valem a pena citar.

Com relação à deficiência física, ressaltaram os aspectos sociais e a escassez ou inadequação instrumental como as maiores dificuldades enfrentadas para a manutenção da autonomia e auto-estima da pessoa com deficiência. Afirmaram que além dos recursos

instrumentais, a pessoa com deficiência precisa desenvolver recursos pessoais para enfrentar os preconceitos e estereótipos existentes na sociedade, que, segundo Araújo (2006), poderiam ser considerados fatores de *risco* psicossociais.

Os pesquisadores acrescentaram que, ao contrário do que geralmente se espera, pessoas com deficiência são bem-sucedidas na idade adulta, graças a uma combinação peculiar de condições ambientais e de características pessoais, apesar das limitações impostas pela deficiência.

Embora não citem o termo, tal constatação nos remete imediatamente à resiliência, como o conjunto de fatores que colaboram para a superação das adversidades impostas pela deficiência.

E, apoiando-se em outros autores, apontaram para a dificuldade da sociedade em atender e aceitar as necessidades específicas das pessoas com deficiência, como causa das maiores dificuldades sociais enfrentadas pelos deficientes e pessoas idosas.

Comentaram estudos que mostram que a atitude frente à velhice é influenciada pelas crenças que a pessoa detém em sua habilidade, para ativar motivação, resgatar cognição e mecanismos de ação, que são necessários para exercer controle sobre tarefas específicas.

E, embora não tenham exposto o referencial teórico adotado, afirmaram que as atitudes e as crenças que o indivíduo detém sobre si mesmo, e sobre suas relações com o mundo, são um aspecto essencial da adaptação do *self*. E que, graças ao concurso de mecanismos de auto-regulação do *self*, atuando com diferentes graus de eficácia, adultos e idosos em diferentes graus de funcionalidade física podem lidar com as perdas do processo de envelhecimento e, também, adaptar-se a eventuais desvantagens e incapacidades ocorridas na velhice ou em fases anteriores do desenvolvimento.

Parece que, usando esta linha de raciocínio, os pesquisadores acreditavam que mecanismos de comparação social intervêm na maneira como as pessoas com deficiência física antecipam e vivem a própria velhice, pois, de certa forma, a sua condição é análoga à de idosos que apresentam incapacidade física, dado que necessitam de ajuda tecnológica e de auxílio instrumental de outras pessoas, além de sofrerem os efeitos de preconceitos e de limitações em oportunidades.

A amostra do estudo foi composta por 242 pessoas com deficiência física, sendo 65,3% mulheres e, com relação à origem da deficiência 6,4% tinham deficiência física congênita e 92,4% apresentaram deficiência física adquirida. Dos sujeitos, 36% utilizavam auxílio ortopédico (cadeira de rodas, muletas, bengalas e aparelhos ortopédicos). A maioria

dos participantes (85,5%) era totalmente independente para as atividades básicas de vida diária.

A pesquisa envolveu a utilização de quatro escalas: 1) questionário informativo sobre dados pessoais e dados sobre a deficiência; 2) escala para avaliação de atitudes em relação ao idoso e à velhice pessoal (Neri, 1991; 1997); 3) Escala de atitudes em relação a pessoa com deficiência física (Neri, 1991; 1997); 4) Índice Barthel para avaliação de independência no desempenho de atividades de vida diária (Mahoney & Barthel, 1965).

A análise de dados evidenciou que a amostra avaliou mais positivamente o conceito de adulto com deficiência física do que o de idoso. E, que quanto mais antiga a convivência com a deficiência, mais positivas as atitudes em relação à velhice pessoal.

As pessoas com nível mais alto de escolaridade foram as que tiveram uma visão menos positiva dos idosos. Segundo os pesquisadores, isto ocorreu, provavelmente, em função de terem um nível de aspiração mais alto, serem mais informadas e terem mais acesso às oportunidades e aos bens de consumo.

Com relação ao próprio envelhecimento, as pessoas com deficiência física também relataram uma atitude positiva, porém, as pessoas com deficiência física com maior índice de dependência para as atividades de vida diárias têm visão menos positiva em relação ao envelhecimento.

A atitude das pessoas com deficiência física em relação a outras pessoas, na mesma condição que elas, também foi positiva, sendo que as mulheres relataram atitudes mais positivas que os homens.

Segundo os pesquisadores, a atitude que as pessoas com deficiência física apresentaram em relação ao próprio envelhecimento, provavelmente, foi influenciada pelas crenças e atitudes que elas têm frente à deficiência. Concluíram, que conhecer suas atitudes frente à deficiência ajudou a compreender como elas imaginam o futuro e como elas esperam lidar com a velhice. Isto poderia dar indícios, aos profissionais, em como estruturar programas educativos voltados a pensar o processo de envelhecimento, particularmente o das pessoas com deficiência física.

A preocupação em fornecer subsídios para os profissionais estruturarem tais programas parece coerente com a importância que diversos autores vêm dando à promoção de resiliência para a saúde mental.

Na discussão, os pesquisadores consideraram que a deficiência é apenas mais uma característica de quem a tem. E, apesar de exercer influência sobre os indivíduos, outros aspectos relativos à personalidade pareceram ser preponderantes na sua forma de encarar o

mundo. O convívio social e as regras do grupo tiveram influência sobre a construção e a manutenção das crenças e atitudes. Tal consideração parece coerente com o estudo apresentado anteriormente sobre a constituição social da pessoa com deficiência (KASSAR, 2000).

Embora esse artigo não tivesse a pretensão de contribuir para a reflexão e estudo do construto da resiliência, alguns dos achados, nele contidos, nos permitem fazer essa ampliação, como quando discutem sobre as crenças de auto-eficácia, estas desempenhando um papel importante nas relações dos indivíduos com o mundo. Os autores perceberam que a crença de ser auto-eficaz reflete a avaliação que a pessoa faz da própria capacidade de se comportar de forma adequada e produtiva. Essa crença, influencia os tipos de atividades que as pessoas escolherão, o esforço que vão imprimir em suas ações, sua perseverança frente às dificuldades, suas auto-avaliações, suas avaliações sobre o mundo externo e suas experiências emocionais.

O alcance dessas competências exige a combinação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais e depende das oportunidades que o indivíduo teve ao longo da vida e de condições adequadas para sua sobrevivência e desenvolvimento, tais como: educação, saúde, habitação e trabalho.

### 3.8 AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA

Além dos trabalhos que contribuem para a compreensão do conceito de resiliência, alguns autores vem estudando instrumentos que permitem avaliar a capacidade e os fatores de resiliência das pessoas.

No levantamento bibliográfico, encontramos dois artigos apresentando formas de avaliação da resiliência em adultos, que serão apresentados a seguir:

Pesce et. al (2005) apresentaram os resultados da adaptação transcultural para a língua portuguesa da escala de resiliência de Wagnild & Young e da avaliação psicométrica desta.

Os autores justificaram a importância do estudo, considerando que o conceito de resiliência tem se revelado como fator importante nos movimentos pela promoção de saúde. Com relação ao conceito, ressaltaram que este encontra-se ainda em fase de construção, merecendo mais estudos e o desenvolvimento de instrumentos que colaborem para avaliação desse construto.

Para a adaptação transcultural, adotaram o método proposto por Herdman et al. (1998), através do qual verificaram a equivalência dos instrumentos na língua original (inglês) e na língua portuguesa, nos seguintes aspectos: equivalência do conceito na cultura original em comparação à cultura-alvo, equivalência dos domínios avaliados pela escala e sua relevância em ambas as culturas, na tradução do instrumento original, garantindo o efeito na cultura alvo; manutenção das propriedades psicométricas, utilizando-se de medidas de confiabilidade e validade.

Correlacionaram a escala de resiliência com alguns construtos, teoricamente relevantes, da literatura sobre o tema: supervisão familiar, auto-estima, satisfação de vida, apoio social e violência psicológica. Os conceitos citados foram mensurados, respectivamente, da seguinte forma: aplicação de três itens independentes, abordando supervisão dos pais, aplicação da escala de auto-estima de Rosenberg, escala de satisfação de vida, escala de apoio social e escala de violência psicológica.

Após a tradução, foram entrevistados 997 jovens com idade entre 12 e 19 anos.

Os resultados obtidos indicaram que, no que se refere à validade de construto, a escala de resiliência mostrou-se correlacionada com alguns conceitos teoricamente relevantes na literatura sobre o tema. Apresentou correlação direta e significativa com auto-estima, supervisão familiar, satisfação de vida e apoio social.

No que se refere à equivalência funcional da escala de resiliência, constataram um satisfatório grau de equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e de mensuração entre a versão original e a brasileira, embora salientassem algumas questões.

Entre as questões a se considerar, ressaltaram que a escala de resiliência foi originalmente construída com uma amostra de mulheres e somente aplicada em população adulta. E, pelo fato de ainda não se ter como aferir se a resiliência se manifesta da mesma forma em diferentes faixas etárias, a tradução da escala pode não atender completamente às especificidades dos adolescentes da população.

Diante de algumas dificuldades encontradas, e dos resultados positivos obtidos, os autores sugeriram que a escala pode ser aplicada na população brasileira e que se desenvolvam novos estudos, visando o aprimoramento da própria escala, que poderá contribuir para o corrente estudo sobre o construto da resiliência nas diferentes faixas etárias e culturas.

Considerando que há poucos instrumentos para avaliação de resiliência, Barbosa (2006) dedicou-se à tradução, validação e adaptação para a língua portuguesa e cultura

brasileira da versão original do “Resilience Quotient Test” (Reivich e Shatté, 2002), citado anteriormente.

No levantamento bibliográfico, o autor citou a escala traduzida e validada por Pesce et al (2005) e argumentou que, por esta possibilitar a identificação de indivíduos resilientes, sem avaliar o quão resilientes e quais as habilidades e fatores são melhor ou pior desenvolvidos, é que se deu a importância de validar a proposta por Reivich e Shatté.

O estudo visou, também, avaliar a consistência do instrumento, verificando se os seus 56 itens realmente se relacionavam com os sete fatores que a escala se propôs a avaliar: **Administração das Emoções, Controle dos Impulsos, Otimismo, Análise do Ambiente, Empatia, Auto-eficácia e Alcançar Pessoas**. E, por fim, medir os índices dos fatores de resiliência em professores do Ensino Fundamental no Estado de São Paulo.

Conforme citou Barbosa (2006), já havia sido feita uma tradução deste questionário por um grupo de pesquisadores da PUC-SP, que sugeriu a seguinte tradução para os fatores: **Regulação das Emoções, Controle de Impulsos, Otimismo, Análise Causal, Empatia, Auto-eficácia e Exposição**. Contudo, neste trabalho, adotaremos a tradução feita por Barbosa (2006), uma vez que esta foi considerada validada para a população brasileira.

O pesquisador realizou uma revisão da literatura sobre o assunto e apresentou o tema da resiliência associado a fatores de *risco, proteção, coping e espiritualidade*. Além disso, apresentou a relação entre resiliência e a abordagem da Terapia Cognitiva, citando a fundamentação teórica que os autores do questionário original utilizaram para a escolha dos sete fatores que o instrumento avalia.

Barbosa (2006) realizou a tradução e adaptação do instrumento segundo o modelo de Blaya et al. (2004). Porém, por considerar as diferenças regionais muito presentes no Brasil, adicionou ao RQTest um levantamento sócio-demográfico para melhor caracterizar a população estudada e considerar as possíveis diferenças na análise dos resultados. Após a análise dos resultados de doze juízes, alguns ajustes foram realizados e foi montada a versão “Questionário de Resiliência: Adultos Reivich-Shatté/Barbosa”, para a aplicação na amostra selecionada.

A aplicação do instrumento adaptado foi feita em 110 professores do Ensino Fundamental em escolas públicas de São Paulo.

O pesquisador considerou que o questionário original possui validade de conteúdo, uma vez que os autores embasaram a construção do instrumento original em fatores que estão descritos na literatura sobre resiliência.

Os resultados das análises estatísticas mostraram que houve concordância entre os juizes, o que possibilitou a conclusão da versão consolidada do instrumento.

Com relação à equivalência dos fatores avaliados no questionário original e aquele traduzido e adaptado, Barbosa (2006) observou haver consubstancialidade na amostra estudada, embora o fator **Administração das Emoções** mereça maiores estudos.

Com relação aos índices dos fatores de resiliência da população estudada, o pesquisador indicou a necessidade de novos estudos, uma vez que os resultados apontaram para uma tendência das crenças negativas nos professores, devido à correlação baixa entre os itens pelo “aspecto positivo” e a preponderância dos “aspectos negativos”. Para ele, novos estudos poderiam verificar se esta é uma característica desta amostra, ou se o aumento do número da amostra mudaria este resultado.

Embora o pesquisador considere que os estudos sobre o tema devam ser continuados, sugeriu que os resultados apontam para a necessidade da busca por políticas públicas, que visem incrementar a conduta resiliente dos professores.

Optamos por utilizar o “Questionário de Resiliência: Adultos Reivich-Shatté/Barbosa” na presente pesquisa, considerando nosso interesse em levantar como estão desenvolvidos os fatores de resiliência na amostra, a fim de desenvolvermos estratégias de intervenções para a promoção da resiliência em pessoas com deficiência.

## CAPÍTULO 4 – MÉTODO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado a partir de uma pesquisa de levantamento de dados, com abordagem quantitativa, cuja análise estatística permitiu a observação da frequência dos fenômenos na amostra, a correlação entre os dados sócio-demográficos e os fatores de resiliência. (COZBY, 2006)

A partir dos resultados, foram realizadas a análise dos dados e a discussão, com base no levantamento bibliográfico apresentado e nos pressupostos teóricos da Psicologia Analítica.

### 4.2 LOCAL DA COLETA

A coleta de dados foi feita em quatro centros de reabilitação do estado de São Paulo: Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Associação dos Policiais Militares Deficientes do Estado de São Paulo (APMDFESP), Fundação Selma e Lar Escola São Francisco – Centro de Reabilitação da Universidade Federal de São Paulo (LESF/UNIFESP).

### 4.3 PARTICIPANTES

Os participantes da amostra eram pessoas maiores de 16 anos, com lesão medular, nível tóraco-lombar, com independência para atividades de vida diária e de vida prática, e que eram dependentes de cadeira de rodas para locomoção comunitária, podendo utilizar outros auxiliares para locomoção domiciliar (andador, muletas ou bengala).

A idade de 16 anos foi escolhida como um dos critérios, devido ao fato de ser a idade mínima para o exercício de atividades laborativas.

A amostra foi selecionada a partir dos critérios estabelecidos e os participantes agrupados da seguinte forma:

**Grupo A** - pessoas com lesão medular, que estão exercendo atividade de trabalho remunerado em empresas ou em atividade autônoma no Estado de São Paulo.

**Grupo B** - pessoas com lesão medular, que não estão exercendo atividade de trabalho remunerado.

Cada grupo foi composto de trinta 30 participantes, na expectativa da obtenção de significância estatística e que se pudesse estabelecer correlações entre os dados.

A amostra foi composta por abordagem não probabilística. Isto permitiu o levantamento de hipóteses e tendências que, futuramente, poderão ser estudadas em amostras maiores, o que permitirá generalizações para a população de pessoas com lesão medular.

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Foram aplicados os seguintes instrumentos:

##### 4.4.1 Questionário dos dados sócio-demográficos (ANEXO A):

Este instrumento foi elaborado para coletar informações sobre os critérios de inclusão e caracterizar a amostra quanto a:

- sexo
- faixa etária
- local de nascimento e residência
- escolaridade
- religião
- estado civil
- constituição familiar
- fontes de renda da família
- diagnóstico
- reabilitação
- independência para atividades de vida diária e locomoção
- atividade social
- profissão
- atividade de trabalho

#### 4.4.2 “Questionário de Resiliência: Adultos Reivich – Shatté / Barbosa” (ANEXO B).

O “Questionário de Resiliência: Adultos Reivich – Shatté / Barbosa” é a tradução do questionário original “RQTest” (Reivich e Shatté, 2002) para a língua portuguesa, validado para a população brasileira por Barbosa (2006).

O instrumento avalia sete fatores considerados constitutivos da resiliência: **Administração das Emoções, Controle dos Impulsos, Empatia, Otimismo, Análise Causal, Auto-Eficácia** e Alcance das Pessoas. Posteriormente, apresentaremos a descrição de cada fator, bem como a forma de interpretação dos resultados, segundo os autores que estudaram este instrumento.

Para cada fator há oito questões, divididas em quatro que avaliam os aspectos positivos e quatro os aspectos negativos.

Segundo Barbosa (2006, p.32), trata-se de uma Escala Nominal, “devido ao fato de que as quatro gradações da escala no questionário (Nunca, Algumas Vezes, Quase Sempre e Sempre) elaboradas para indicar o comportamento de resposta não serem intercambiáveis (não guardarem uma propriedade numérica ou quantitativa entre si)”.

As respostas dos participantes devem ser tabuladas e transformadas em escores. Os escores utilizados para calcular os resultados para os fatores de resiliência foram estabelecidos após a validação do questionário para a população brasileira, que foi aplicado numa amostra de 2.375 participantes. Esses escores permitem calcular os resultados dos participantes em cada fator de resiliência e classificá-los nas seguintes modalidades: na Média, Abaixo da Média, Muito Abaixo da Média, Acima da Média e Muito Acima da Média.

A seguir, apresentaremos a descrição dos sete fatores avaliados pelo questionário e a interpretação dos resultados, utilizando os estudos de Reivich e Shatté (2002), Araújo (2005, 2007)<sup>7</sup> (informação verbal) e Barbosa (2006 e 2008).

Devido à escassez de literatura sobre a resiliência de pessoas com deficiências, a forma de interpretação dos resultados da amostra para o “Questionário de Resiliência: Adultos Reivich – Shatté / Barbosa”, utilizada no Capítulo 6 Discussão dos Resultados, foi baseada na proposta dos autores citados.

---

<sup>7</sup> ARAÚJO, C. A. de. Curso de Resiliência, ministrado como disciplina do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP; 2005 e 2007.

#### 4.4.2.1- Fator **Administração das Emoções**

O fator **Administração das Emoções** é definido como a habilidade de uma pessoa em se manter calmo, quando sob pressão.

Quando essa habilidade é rudimentar, as pessoas podem ter dificuldades em manter relacionamentos e, segundo Reivich e Shatté (2002), com frequência, essas pessoas desgastam emocionalmente os que convivem com elas, e se tornam pessoas difíceis no ambiente profissional.

Assim, segundo Araújo (2007), a **Administração das Emoções** influencia a sociabilidade, o sucesso no trabalho e a manutenção da saúde. Está relacionada com a capacidade de identificar as próprias emoções e saber expressá-las de maneira proporcional. O desenvolvimento deste fator também se relaciona com identificar a emoção dos outros.

O fator **Administração das Emoções** está relacionado com a habilidade de elaboração e controle das emoções, para garantir um enfrentamento eficiente aos problemas e adversidades.

#### 4.4.2.2 Avaliação dos resultados para o fator **Administração das Emoções**

Segundo Araújo (2007), o resultado Abaixo da Média pode indicar uma pessoa muito sensível, que apresenta uma exacerbação das emoções positivas e negativas.

O resultado Acima da Média pode indicar que a pessoa tem um controle excessivo da expressão das emoções, podendo parecer insensível e afetar sua interação social.

#### 4.4.2.3 Fator **Controle dos Impulsos**

Segundo Reivich e Shatté (2002), o fator **Controle dos Impulsos** é compreendido como a habilidade de não agir impulsivamente.

Araújo (2007) escreveu que o **Controle dos Impulsos** adequado exige a habilidade do ego em mediar a elaboração do impulso e a sua satisfação, controlando a capacidade de adiamento, ou a criação de alternativas possíveis de satisfação.

Barbosa (2008) apresentou uma dimensão, que descreveu como psicossomática da compreensão do fator **Controle dos Impulsos**. Desta perspectiva, descreveu-o como sendo a “capacidade de regular a intensidade de seus impulsos no sistema muscular” (pg.1). Isso, envolve a aprendizagem de não se deixar levar impulsivamente para a experiência de uma

emoção, sendo que a capacidade de controle do sistema muscular “*frouxo*” ou “*rígido*” pode influenciar a vivência da emoção de forma “*exacerbada ou inibida*”.

#### 4.4.2.4 Avaliação dos resultados para o fator **Controle dos Impulsos**

Segundo Araújo (2007), o resultado Abaixo da Média pode indicar uma pessoa que não consegue controlar os impulsos, causando um comportamento de desadaptação. Em geral, são pessoas que tem dificuldade de perceber o outro.

O resultado Acima da Média pode indicar que a pessoa faz uso excessivo de mecanismos de defesa, reprimindo exageradamente os impulsos. Nestes casos, a pessoa pode ter um comportamento apático, ser conformista e ter a criatividade embotada, e isso pode aumentar o nível de tensão, deixando a pessoa sujeita a “explosões” e aumentando muito o nível de estresse.

#### 4.4.2.5 Fator **Otimismo**

O fator **Otimismo** diz respeito à habilidade da pessoa de ter a convicção de que as situações irão mudar, quando envolvida em adversidades. Nessa situação, a pessoa consegue manter a esperança de um futuro melhor. Essa habilidade está relacionada com a crença de possuir habilidades para enfrentar as adversidades, que inevitavelmente ocorrerão.

Reivich e Shatté (2002) ressaltaram que os fatores **Otimismo** e **Auto-eficácia**, geralmente, estão relacionados. O fator **Otimismo**, quando desenvolvido adequadamente, proporciona uma percepção realista e contextualizada das situações adversas.

#### 4.4.2.6 Avaliação dos resultados para o fator **Otimismo**

Segundo Araújo (2007), o resultado Abaixo da Média pode indicar uma pessoa com tendência ao negativismo e à antecipação de eventos negativos.

O resultado Acima da Média pode indicar que a pessoa tem dificuldade em analisar realisticamente os eventos, mantendo uma visão fantasiosa do futuro.

#### 4.4.2.7 Fator **Análise do Ambiente**

O fator **Análise do Ambiente** descreve a habilidade de identificar, precisamente, as causas dos problemas e adversidades. Para Araújo (2005), se relaciona com a habilidade da pessoa em reconhecer os próprios erros e aprender com eles, e para Barbosa (2008, p. 1) “habilita a pessoa a se colocar em um lugar mais seguro, do que se posicionar em situação de risco.”

#### 4.4.2.8 Avaliação dos resultados para o fator **Análise do Ambiente**

Segundo Araújo (2007), o resultado Abaixo da Média pode indicar uma pessoa com dificuldade de aceitar os próprios erros, com tendência a responsabilizar os outros pelas dificuldades que encontra. Ao mesmo tempo, pode sentir-se incapaz de fazer as coisas adequadamente.

O resultado Acima da Média pode indicar que a pessoa tende a responsabilizar-se por tudo o que acontece de errado, indicando uma dificuldade em analisar as reais causas do problema.

#### 4.4.2.9 Fator **Empatia**

O fator **Empatia** revela a habilidade de ler os estados emocionais e psicológicos de outras pessoas, a capacidade para decodificar a comunicação não verbal e organizar atitudes a partir dessa leitura.

Segundo Araújo (2007), a **Empatia** está relacionada com a capacidade da pessoa em se colocar no lugar do outro, inclusive de perceber como o outro a percebe.

#### 4.4.2.10 Avaliação dos resultados para o fator **Empatia**

Segundo Araújo (2007), o resultado Abaixo da Média pode indicar uma pessoa com dificuldade para perceber o que está ao seu redor, além da dificuldade de perceber o que acontece consigo mesma, uma vez que só podemos nos perceber a partir do olhar do outro.

O resultado Acima da Média pode indicar que a pessoa tende a se preocupar excessivamente com o que os outros pensam sobre ela. E, ficando tão atenta ao outro, pode

perder a referência de si mesma, comprometendo a sua objetividade em interpretar as relações interpessoais.

#### 4.4.2.11 Fator **Auto-eficácia**

O fator **Auto-eficácia** diz respeito à convicção de ser eficaz nas ações, sinaliza a crença de que se tem recursos para encontrar soluções para os problemas. E, segundo Araújo (2007), é uma habilidade não inata, que é desenvolvida a partir da relação com os outros e das experiências bem sucedidas, tendo, assim, uma relação com a auto-estima.

#### 4.4.2.12 Avaliação dos resultados para o fator **Auto-eficácia**

Segundo Araújo (2007), o resultado Abaixo da Média pode indicar uma pessoa que não acredita em si mesma e nas suas habilidades em efetivar ações que solucionem os problemas.

O resultado Acima da Média pode indicar que a pessoa tende a crer que já está preparada para enfrentar qualquer situação e não vê a necessidade de aprender novas habilidades.

#### 4.4.2.13 Fator **Alcançar Pessoas**

O fator **Alcançar Pessoas** está relacionado com a habilidade de se expor e lidar com os resultados da própria ação. Além disso, envolve a habilidade de se conectar com outras pessoas para viabilizar soluções para os problemas. Segundo Barbosa (2006), trata-se de não alimentar o medo de se expor ao fracasso e ao ridículo em público e, também, de não supervalorizar as tentativas fracassadas como resultados catastróficos.

#### 4.4.2.14 Avaliação dos resultados para o fator **Alcançar Pessoas**

Segundo Araújo (2007), o resultado Abaixo da Média pode indicar uma pessoa que evita fazer algumas coisas por receio de obter um resultado ruim, indicando dificuldade em tolerar os próprios erros. Assim, torna-se uma pessoa desencorajada de expor-se aos desafios.

O resultado Acima da Média pode indicar que a pessoa tende a expor-se sem crítica, podendo não perceber situações em que é inadequado.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS

Neste estudo, contatamos e obtivemos autorização verbal ou escrita (ANEXO C) dos responsáveis pelos centros de reabilitação e associações de pessoas com deficiências, para compor a amostra da pesquisa.

Foram realizadas diversas visitas a esses locais, nos quais os participantes foram abordados individualmente ou em grupos, conforme a disponibilidade e a conveniência deles próprios ou dos locais de coleta.

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com as determinações estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO D).

O Questionário de Dados Sócio-demográficos e o Questionário de Resiliência foram distribuídos aos participantes dos grupos A e B, que responderam às questões apresentadas. Os dados coletados foram submetidos a tratamento e análise estatística, para posterior análise dos resultados quantitativos.

A partir dos resultados quantitativos os dados foram analisados e interpretados, com base na literatura sobre o tema e no referencial teórico da Psicologia Analítica.

#### 4.6 CUIDADOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado, recebendo parecer positivo, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (ANEXO E).

Os participantes foram convidados para a coleta de dados e, devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e dos seus direitos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisadora se comprometeu a fazer o encaminhamento para atendimento psicoterapêutico ou a assumir, pessoalmente, o atendimento, caso identificasse tal necessidade durante a coleta de dados. Comprometeu-se, também, a convidar os participantes da pesquisa para palestras sobre resiliência e sobre os resultados obtidos na pesquisa.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O processamento dos dados obtidos nos questionários foi realizado por meio dos seguintes programas: Excell – utilizado para construção do banco de dados e construção dos

gráficos apresentados; SPSS (versão 12.0) – para elaboração de tabelas simples e cruzadas, cálculo das medidas descritivas e realização dos testes estatísticos. Esses procedimentos foram realizados sob a orientação da Profa. Yara Pisanelli G. de Castro, Consultora Estatística da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

As respostas referentes ao questionário dos dados sócio-demográficos foram agrupadas em forma de tabelas e gráficos. Isto permitiu a apresentação em percentagem das características da amostra, quanto aos dados sócio-demográficos, características da lesão medular, dados da vida após a aquisição da lesão medular, com relação à situação profissional e à composição da renda familiar.

Os dados obtidos foram utilizados para a comparação entre os grupos dos participantes que estavam trabalhando e dos que não estavam, e os resultados apresentados em forma de tabelas e gráficos com as percentagens obtidas para as características estudadas.

Para a análise estatística intergrupar foram aplicados os testes Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) e Mann-Whitney (não paramétricos), que permitiram a verificação da significância das diferenças encontradas em algumas variáveis.

Para todos os testes estatísticos, o nível de significância considerado foi de 0,05 (5%).

Quanto aos fatores de resiliência, as respostas dos participantes foram tabuladas pelo Instituto de Pesquisas em Terapia – ALIANÇA, detentor dos direitos autorais do questionário. Para a análise dos resultados dos participantes no Questionário de Resiliência, realizamos a média dos postos obtidos pelos grupos A e B em cada fator de resiliência.

Para a análise dos resultados da amostra, utilizamos os escores estabelecidos pela pesquisa de validação do Questionário de Resiliência Adultos Reivich-Shatté/Barbosa, a partir dos resultados de uma população de 2.375 participantes. De acordo com estes escores encontramos a posição de toda a amostra e também dos grupos A e B, nas seguintes modalidades: na Média, Abaixo da Média, Muito Abaixo da Média, Acima da Média e Muito Acima da Média.

Entretanto, a amostra de 60 participantes mostrou-se pequena para utilizarmos a graduação de resultados, quando dividida em 5 categorias (na Média, Abaixo da Média, Muito Abaixo da Média, Acima da Média e Muito Acima da Média). Por isso, agrupamos as cinco categorias em três: na Média, Abaixo da Média e Acima da Média. Utilizamos o Teste de Mann-Whitney para verificar se as diferenças eram significantes entre os grupos A e B.

## CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para a caracterização da amostra foram utilizadas informações do Questionário de Dados Sócio-demográficos e do “Questionário de Resiliência Reivich-Shaté/Barbosa” e as tabelas serão apresentadas a seguir.

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto ao gênero.

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	<b>48</b>	<b>80,0</b>
<b>Feminino</b>	<b>12</b>	<b>20,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A amostra foi composta por 80% de homens e 20% de mulheres.

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à faixa etária.

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>16 a 20</b>	<b>4</b>	<b>6,7</b>
<b>21 a 30</b>	<b>14</b>	<b>23,3</b>
<b>31 a 40</b>	<b>18</b>	<b>30,0</b>
<b>41 a 50</b>	<b>14</b>	<b>23,3</b>
<b>50 a 65</b>	<b>10</b>	<b>16,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A amostra foi composta na sua maioria por pessoas com idades entre 21 e 50 anos (76,6%), sendo que a maior concentração (30%) estava na faixa entre 31 e 40 anos.

Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à região de nascimento.

<b>Região de nascimento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nordeste	13	21,7
Sudeste	44	73,3
Sul	2	3,3
Exterior	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

73,3% dos participantes da amostra nasceu na região Sudeste, 21,7% na região Nordeste, 3,3% na região Sul e 1,7% (1 participante) nasceu em outro país.

Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto à cidade de moradia.

<b>Cidade em que mora</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
São Paulo	49	81,7
Outra	11	18,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior parte dos participantes da amostra residia na cidade de São Paulo (81,7%) e 18,3% em outras cidades do Estado de São Paulo.

Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto à religião.

<b>Religião</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Católico(a)	31	54,4
Espírita	5	8,8
Evangélico(a)	12	21,1
Outra	9	15,8
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

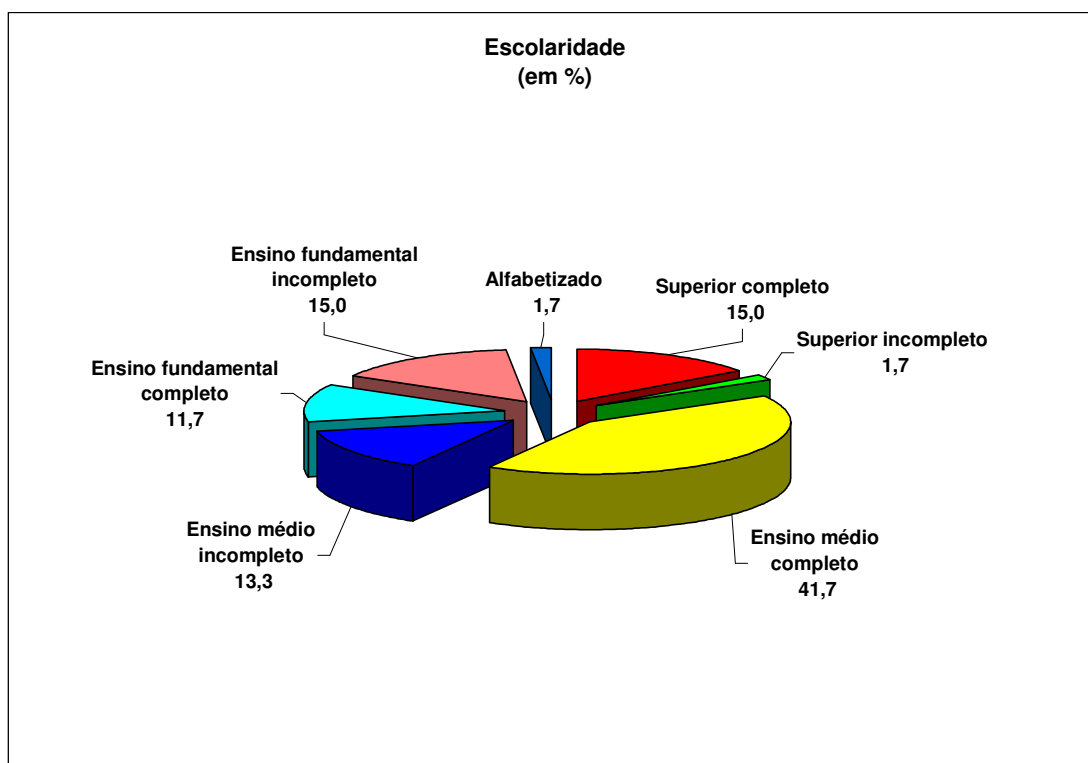
SR = 3

Três participantes não responderam à questão. Entre os demais, a maior parte era católica (54,4%), 21,1% evangélicos, 8,8% espíritas e 15,8% referiu adotar outras religiões.

Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade.

Escolaridade	N	%
Superior completo	9	15,0
Superior incompleto	1	1,7
Ensino médio completo	25	41,7
Ensino médio incompleto	8	13,3
Ensino fundamental completo	7	11,7
Ensino fundamental incompleto	9	15,0
Alfabetizado	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Gráfico da Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao nível de escolaridade.



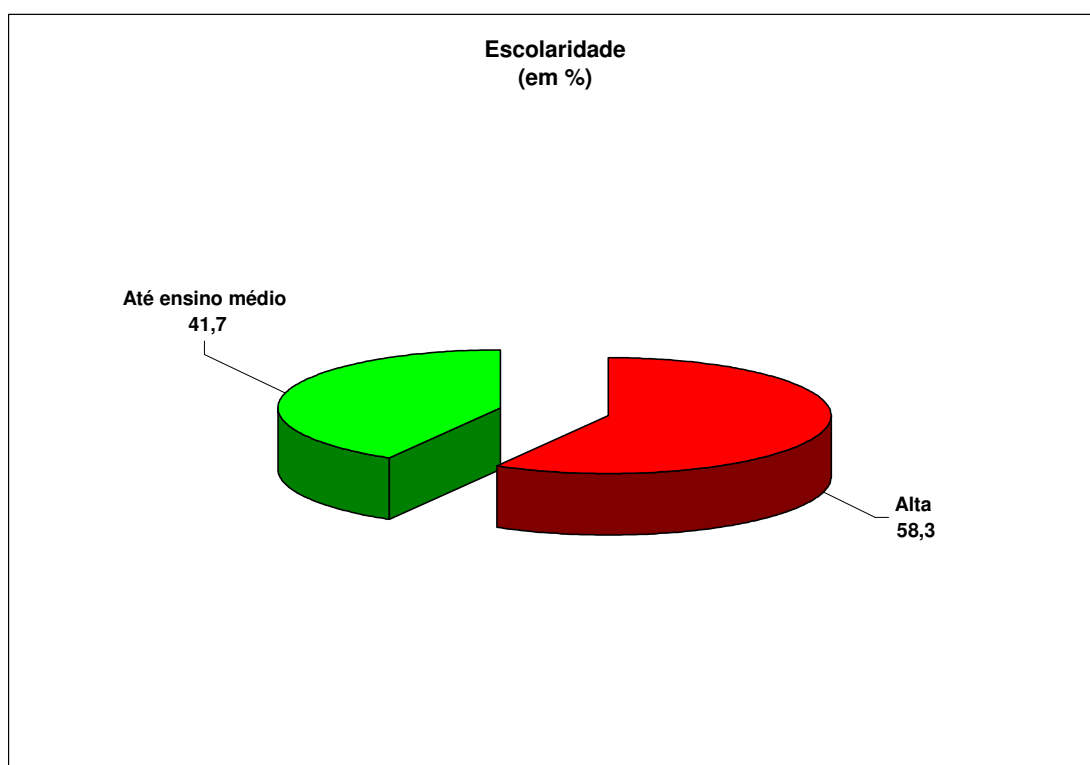
Foi observado que 41,7% tinha Ensino Médio Completo, representando a maior concentração dentro da amostra, 15% dos participantes tinha Ensino Superior Completo, 15% Ensino Fundamental Incompleto, 13,3% Ensino Médio Incompleto, 11,7% Ensino Fundamental Completo, 1,7% (1 participante) tinha Ensino Superior Incompleto e 1,7% (1 participante) relatou ter sido apenas alfabetizado.

Para analisarmos a situação escolar da amostra, a tabela abaixo exibe a concentração dos níveis de escolaridade de Ensino Médio Completo e Superior Completo e Incompleto, nomeados “escolaridade alta”, e os níveis alfabetizado, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, nomeados “até ensino médio”.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo as categorias “escolaridade alta” e “até ensino médio”.

Escolaridade	N	%
Alta	35	58,3
Até ensino médio	25	41,7
Total	60	100,0

Gráfico da Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo as categorias “escolaridade alta” e “até ensino médio”.



Foi observado que 41,7% compunha o grupo dos que tinham “até ensino médio” e 16,7% àquele com nível superior, concluído ou não, somando 58,3% com “escolaridade alta”.

Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto ao estado civil.

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Solteiro</b>	<b>19</b>	<b>31,7</b>
<b>Casado</b>	<b>24</b>	<b>40,0</b>
<b>Separado</b>	<b>2</b>	<b>3,3</b>
<b>Divorciado</b>	<b>4</b>	<b>6,7</b>
<b>Comunhão Estável</b>	<b>11</b>	<b>18,3</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior parte da amostra era casada (40%) ou vivia em Comunhão Estável (18,3%), 31,7% eram solteiros, 6,7% divorciados e 3,3% separados.

Os Casados e os que viviam em Comunhão Estável somaram 58,3%.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes solteiros que namoram.

<b>Namora</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>11</b>	<b>47,8</b>
<b>Não</b>	<b>12</b>	<b>52,2</b>
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

SR=2  
NSA=37

Em 37 participantes da amostra a pergunta sobre namorar não se aplicava, pois eram casados ou viviam em Comunhão Estável, sendo que dois não responderam à pergunta. Entre os demais, 52,2% não namoravam e 47,8% namoravam.

Tabela 10 - Distribuição da amostra quanto a filhos.

<b>Tem filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>42</b>	<b>70,0</b>
<b>Não</b>	<b>18</b>	<b>30,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

O quesito exibiu que 70% dos participantes tinha filhos e 30% não os tinha.

Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto à quantidade de filhos.

<b>Nº de filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Um</b>	<b>15</b>	<b>36,6</b>
<b>dois</b>	<b>14</b>	<b>34,1</b>
<b>três</b>	<b>5</b>	<b>12,2</b>
<b>quatro</b>	<b>4</b>	<b>9,8</b>
<b>cinco</b>	<b>2</b>	<b>4,9</b>
<b>mais que 5</b>	<b>1</b>	<b>2,4</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

SR = 1  
NSA = 18

Em 18 participantes a questão não se aplicava e um não respondeu à questão. Entre os demais, a maioria (36,6%) tinha um filho, 34,1% dois filhos, 12,2% três filhos, 9,8% quatro filhos, 4,9% (2 participantes) cinco filhos, e 2,4% (1 participante) tinha mais do que cinco filhos.

Tabela 12 - Distribuição da amostra quanto a com quem vivem (residem).

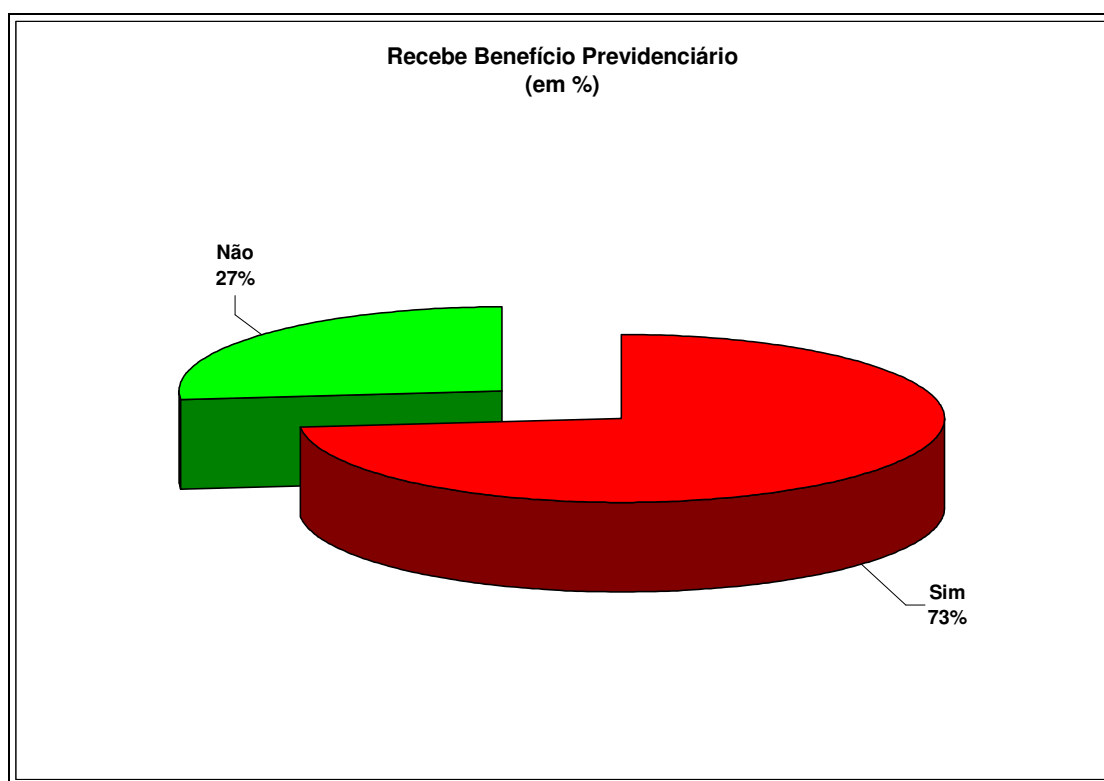
<b>Com quem vive</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pais</b>	<b>12</b>	<b>20,0</b>
<b>Cônjuge</b>	<b>6</b>	<b>10,0</b>
<b>Cônjuge e filhos</b>	<b>32</b>	<b>53,3</b>
<b>Outros familiares</b>	<b>6</b>	<b>10,0</b>
<b>Sozinho</b>	<b>4</b>	<b>6,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior parte da amostra, representada por 53,3%, afirmou viver com o cônjuge e filhos, 20% com os pais, 10% com os cônjuges ou com outros familiares e, representando a minoria, 6,7% viviam sozinhos.

Tabela 13 - Distribuição da amostra quanto ao recebimento de benefício previdenciário.

<b>Recebe benefício Previdenciário</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>44</b>	<b>73,3</b>
<b>Não</b>	<b>16</b>	<b>26,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Gráfico da Tabela 13 - Distribuição da amostra quanto ao recebimento de benefício previdenciário.



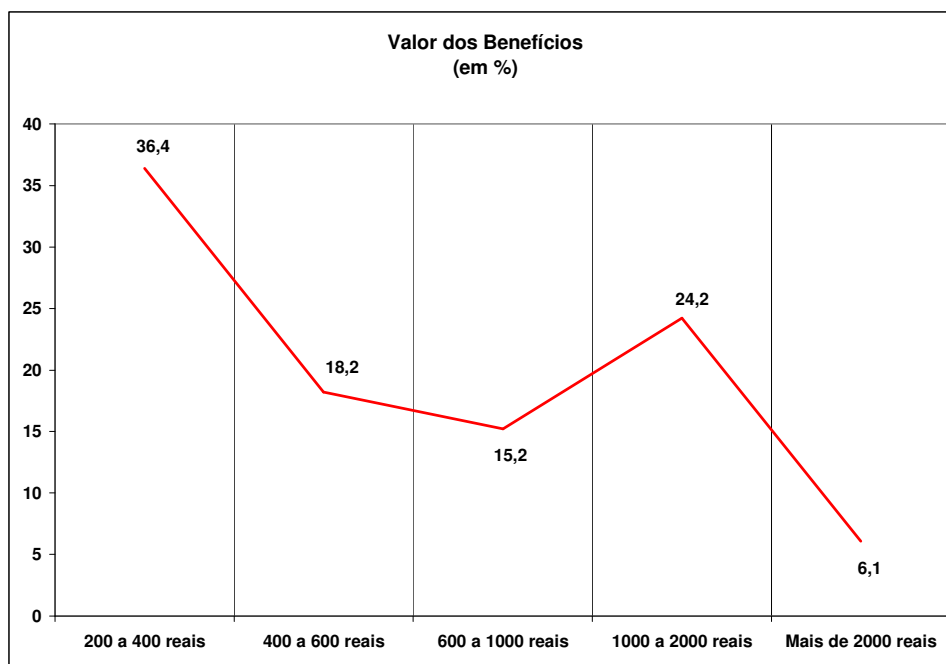
A maior parte da amostra (73,3%) afirmou estar recebendo algum tipo de benefício previdenciário e 26,7% negou receber tal benefício.

Tabela 14 - Distribuição da amostra quanto ao valor do benefício previdenciário recebido.

Valor do benefício	N	%
200 a 400 reais	12	36,4
400 a 600 reais	6	18,2
600 a 1000 reais	5	15,2
1000 a 2000 reais	8	24,2
Mais de 2000 reais	2	6,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

SR=11  
NSA=16

Gráfico da Tabela 14 - Distribuição da amostra quanto ao valor do benefício previdenciário recebido.



Em 16 participantes da amostra a pergunta não se aplicava, uma vez que não recebiam qualquer benefício, e 10 participantes não responderam à pergunta. Entre os demais, a maior concentração (36,4%) estava entre os que recebiam valores entre R\$ 200,00 e R\$ 400,00, 15,2% entre R\$ 600,00 e R\$ 1000,00, 24,2% entre R\$ 1000,00 e R\$ 2000,00 e, apenas 6,1% (2 participantes) recebiam benefícios com valor acima de R\$2000,00.

Tabela 15 - Distribuição da amostra quanto aos tipos de benefícios previdenciários recebidos.

<b>Tipo de benefício</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>LOAS <sup>8</sup></b>	<b>2</b>	<b>3,3</b>
<b>Auxílio Doença</b>	<b>13</b>	<b>21,7</b>
<b>Aposentadoria por invalidez</b>	<b>26</b>	<b>43,3</b>
<b>Aposentadoria por tempo de serviço</b>	<b>2</b>	<b>3,3</b>
<b>Aposentadoria por idade</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>73,3</b>

NSA=16

Em 16 participantes da amostra a questão não se aplicava. Entre os que admitiram receber benefício previdenciário, 43,3% recebiam proventos de aposentadoria por invalidez, 21,7% por auxílio doença, 3,3% recebiam LOAS, 3,3% aposentadoria por tempo de serviço e, apenas 1 participante(1,7%) aposentadoria por idade.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À LESÃO MEDULAR

Tabela 16 - Distribuição da amostra quanto ao nível da lesão medular.

<b>Nível da lesão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Torácica</b>	<b>50</b>	<b>83,3</b>
<b>Lombar</b>	<b>10</b>	<b>16,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A lesão medular a nível torácico foi observada em 83,3% da amostra e a lesão medular nível lombar em 16,7%.

<sup>8</sup> BRASIL - Presidência da República - Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. A lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, define que, no Brasil, a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado. Como política de seguridade social não contributiva, a assistência social deve garantir os mínimos sociais e ser realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas da população.

Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto à idade em que a lesão medular ocorreu.

<b>Idade em que a lesão aconteceu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 6 anos	9	15,0
7 a 12 anos	7	11,7
13 a 17 anos	5	8,3
18 a 28 anos	17	28,3
29 a 39 anos	7	11,7
40 a 49 anos	8	13,3
50 a 60 anos	5	8,3
60 anos e mais	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior concentração da amostra (28,3%) sofreu a lesão medular entre os 18 e 28 anos de idade, 15% até os 6 anos, 13,3% entre 40 e 49 anos, 11,7% entre 29 e 39 anos, 8,3% entre 13 e 17 anos, 8,3% entre 50 e 60 anos e 3,3% com mais de 60 anos de idade.

Tabela 18 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de aquisição da lesão medular.

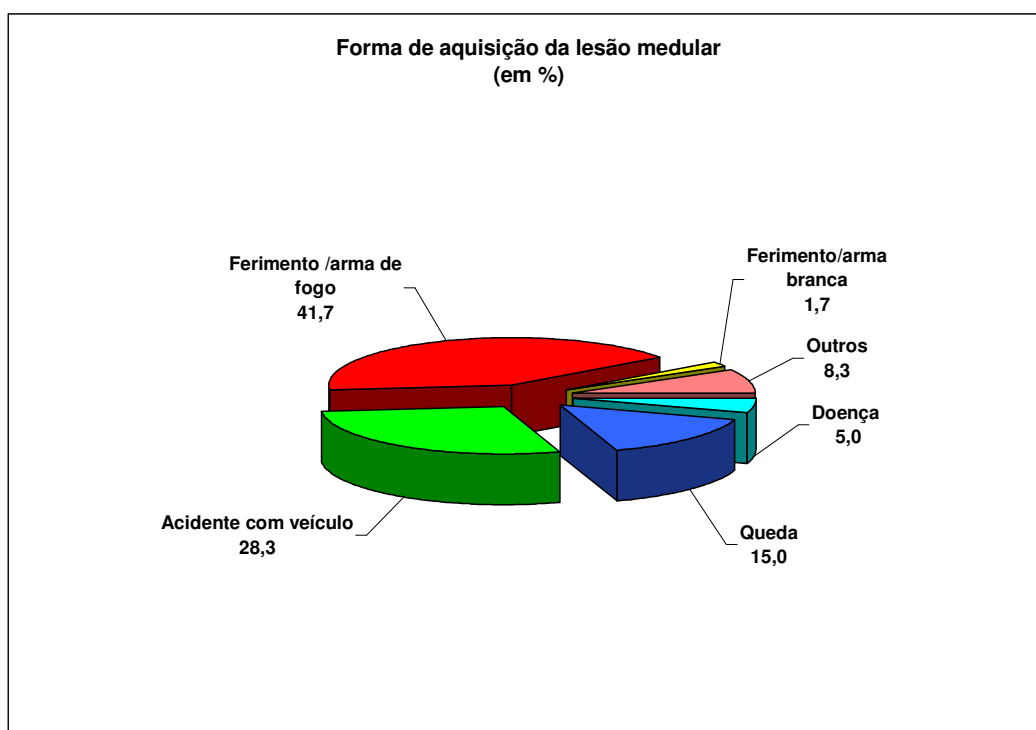
<b>Tempo de lesão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Seis meses	4	6,7
Seis meses a um ano	6	10,0
Um a dois anos	10	16,7
Mais de dois anos	40	66,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

À época da avaliação, observou-se que 66,7% da amostra teve a lesão medular há mais de dois anos, 16,7% no período de um a dois anos, 10% no período de seis meses há um ano e 6,7% (4 participantes) há seis meses.

Tabela 19 - Distribuição da amostra quanto a forma de aquisição da lesão medular.

Forma de Aquisição da Lesão Medular	N	%
Doença	3	5,0
Queda	9	15,0
Acidente com veículo	17	28,3
Ferimento por arma de fogo	25	41,7
Ferimento por arma branca	1	1,7
Outros	5	8,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Gráfico da Tabela 19 - Distribuição da amostra quanto a forma de aquisição da lesão medular.



Na maioria (41,7%) a lesão medular foi adquirida devido a ferimento por arma de fogo, em 28,3% por acidente com veículo, em 15% por queda, em 5% por doença definida, em 1,7% devida a ferimento por arma branca e, em 8,3% por outras diversas causas.

### 5.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA APÓS A LESÃO MEDULAR

Tabela 20 - Distribuição da amostra quanto à frequência de quem voltou a estudar após a lesão medular.

<b>Voltou a estudar depois da lesão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>14</b>	<b>23,3</b>
<b>Não</b>	<b>46</b>	<b>76,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos participantes (76,7%) não voltou a estudar após a lesão. Apenas 23,3% retornou aos estudos.

Tabela 21 - Distribuição da amostra quanto à frequência de participantes que voltaram a estudar no Nível de Ensino Médio, após a lesão medular.

<b>Escola regular: nível</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Não se aplica</b>	<b>54</b>	<b>90,0</b>
<b>Ensino Médio</b>	<b>6</b>	<b>10,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Foi observado que após a lesão medular 10% da amostra voltou a estudar no Ensino Médio.

Tabela 22 - Distribuição da amostra quanto à frequência de participantes que voltaram a estudar no Nível de Curso Superior, após a lesão medular.

<b>Curso superior</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Não fizeram</b>	<b>57</b>	<b>95,0</b>
<b>Administração de empresas</b>	<b>3</b>	<b>5,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Foi observado que após a lesão medular 5% (3 participantes) voltou a estudar em Curso Superior, e todos fizeram o Curso de Administração de Empresas.

Tabela 23 - Distribuição da amostra quanto à frequência de participantes que voltaram a estudar em Cursos de Capacitação, após a lesão medular.

<b>Curso de Capacitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Não fizeram</b>	<b>49</b>	<b>81,7</b>
<b>Fizeram Cursos de Capacitação</b>	<b>11</b>	<b>18,3</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Foi observado que após a lesão medular 18,3% (11 participantes) fez algum curso de capacitação.

Tabela 24 - Distribuição da amostra quanto aos cursos de capacitação feitos após a lesão medular.

<b>Curso de Capacitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Inglês</b>	<b>2</b>	<b>18,2</b>
<b>Técnico em aviação</b>	<b>1</b>	<b>9,1</b>
<b>Informática</b>	<b>6</b>	<b>54,5</b>
<b>Eletrotécnica</b>	<b>1</b>	<b>9,1</b>
<b>Artes Plásticas</b>	<b>1</b>	<b>9,1</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

NSA=49

Entre os 11 participantes que afirmaram ter voltado a estudar em cursos de capacitação após a lesão medular, a maioria, representada por 6 participantes (54,4%), fez cursos de Informática, 2 (18,2%) curso de Inglês, e 1 (9,1%) em cada uma das seguintes modalidades: Técnico em aviação, Eletrotécnica e Artes Plásticas.

Tabela 25 - Distribuição da amostra quanto a terem feito algum programa de reabilitação.

<b>Fez algum programa de reabilitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>54</b>	<b>90,0</b>
<b>Não</b>	<b>6</b>	<b>10,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Foi observado que 90% da amostra afirmou já ter participado de algum programa de reabilitação e 10% (6 participantes) que não.

Tabela 26 - Distribuição da amostra quanto, até quando os participantes fizeram algum programa de reabilitação.

<b>Até quando</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Até 2000</b>	<b>3</b>	<b>5,6</b>
<b>Até 2006</b>	<b>13</b>	<b>24,1</b>
<b>Até hoje</b>	<b>38</b>	<b>70,4</b>
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

NSA=6

Em 6 participantes da amostra a questão não se aplicava, pois não fizeram reabilitação. Dos que fizeram, a maior parte da amostra (70,4%) afirmou que fazia algum programa de reabilitação à data da avaliação, 24,1% ter feito reabilitação até 2006 e, apenas 5,6%, afirmou ter feito até o ano de 2000.

Tabela 27 - Distribuição da amostra quanto à realização de alguma atividade de manutenção do condicionamento físico e de prevenção a deformidades.

<b>Faz atividades de manutenção</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>31</b>	<b>51,7</b>
<b>Não</b>	<b>29</b>	<b>48,3</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

À data da avaliação, 51,7% da amostra afirmou realizar alguma atividade de manutenção e 48,3% negou realizá-las.

Tabela 28 - Distribuição da amostra quanto ao nível de independência para locomoção comunitária em cadeira de rodas.

<b>Locomoção com a cadeira</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Independência total</b>	<b>51</b>	<b>85,0</b>
<b>Semi-independência</b>	<b>8</b>	<b>13,3</b>
<b>Dependência de outras pessoas</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior parte dos participantes, representando 85% da amostra, tem independência total para locomoção em cadeira de rodas, 13,3% inclui os semi-independentes (necessitam de

alguma ajuda, de adaptações ou despendem um tempo maior) e, apenas 1,7% (1 participante) depende de outra pessoa.

Tabela 29 - Distribuição da amostra quanto ao uso de outros auxiliares para locomoção na residência.

<b>Utiliza outros auxiliares para locomoção na residência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Andador</b>	<b>10</b>	<b>43,5</b>
<b>Muletas</b>	<b>1</b>	<b>4,3</b>
<b>Órteses</b>	<b>7</b>	<b>30,4</b>
<b>Apoio de outras pessoas</b>	<b>5</b>	<b>21,7</b>
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

NSA= 37

Em 37 participantes da amostra a pergunta não se aplicava, pois não utilizavam outros auxiliares, além da cadeira de rodas para locomoção na residência. Entre os que utilizavam algum auxiliar, 10 (43,5%) utilizavam andador, 7 (30,4%) órteses, 5 (21,7%) o apoio de outras pessoas, e apenas 1 participante (1,7%) utilizava muletas para locomoção na residência.

Tabela 30 - Distribuição da amostra quanto ao meio de transporte utilizado.

<b>Meio de transporte</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dirige o próprio carro</b>	<b>26</b>	<b>43,3</b>
<b>Utiliza transporte coletivo com independência</b>	<b>12</b>	<b>20,0</b>
<b>Depende de acompanhante</b>	<b>22</b>	<b>36,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

O próprio carro era dirigido por 43,3% da amostra, 36,7% dependia de acompanhante e 20% utilizava transporte coletivo com independência.

Tabela 31 - Distribuição da amostra quanto à frequência de convívio com amigos.

<b>Contato com amigos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Encontros freqüentes</b>	<b>37</b>	<b>61,7</b>
<b>Encontros pouco freqüentes</b>	<b>23</b>	<b>38,3</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior parte da amostra, representada por 61,7%, afirmou encontrar os amigos com frequência, 38,3% afirmou encontrar-se pouco com os amigos, e nenhum participante afirmou nunca se encontrar com os amigos.

Tabela 32 - Distribuição da amostra quanto a sair para passear, ou se divertir.

<b>Sai para passear, ou se divertir</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>46</b>	<b>76,7</b>
<b>Não</b>	<b>14</b>	<b>23,3</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior parte da amostra, representada por 76,7%, afirmou sair para passear, ou se divertir, e 23,3% afirmou que não.

#### 5.4 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA COM RELAÇÃO À SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Tabela 33 - Distribuição da amostra quanto a ter alguma profissão.

<b>Profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>55</b>	<b>91,7</b>
<b>Não</b>	<b>5</b>	<b>8,3</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

A maior parte da amostra, representada por 91,7%, tinha profissão definida, e apenas 8,3% (5 participantes) não tinha.

Tabela 34 - Distribuição da amostra quanto a ser estudante.

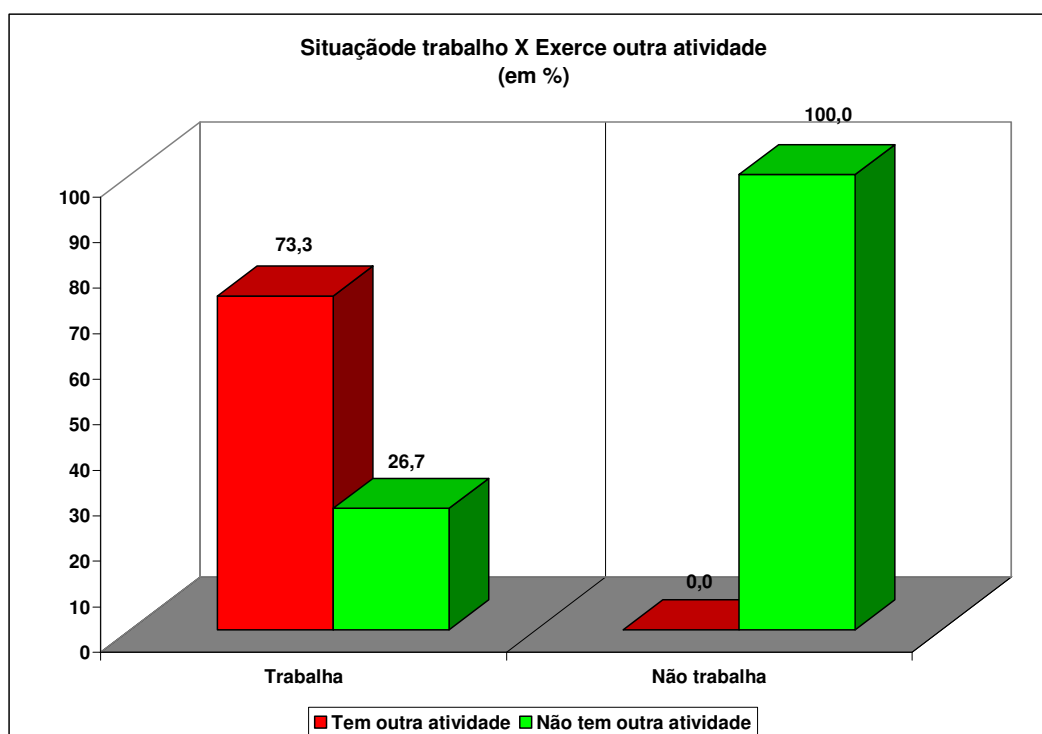
<b>Estudante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>3</b>	<b>5,0</b>
<b>Não</b>	<b>57</b>	<b>95,0</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Apenas 3 participantes (5%) afirmaram ser estudantes e não exercer atividades profissionais.

Tabela 35 - Distribuição da amostra quanto a estar trabalhando no exercício da profissão de origem, ou estar trabalhando em outra profissão.

<b>Exerce outra atividade</b>	<b>Trabalha</b>		<b>Não trabalha</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>22</b>	<b>38,6</b>
<b>Não</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>61,4</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Gráfico da Tabela 35 - Distribuição da amostra quanto a estar trabalhando no exercício da profissão de origem, ou estar trabalhando em outra profissão.



Entre os que estavam trabalhando, a maioria (73,3%) estava exercendo outra profissão e 26,7% continuava trabalhando no exercício da mesma profissão. Considerando que 3 participantes da amostra definiram-se como estudantes, não profissionais, a amostra sob a qual incide a percentagem foi de 57 participantes.

Tabela 36 - Distribuição das atividades profissionais citadas pelos participantes, que estão exercendo outra atividade profissional.

<b>Outra atividade que exerce</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Administrador de pequena empresa</b>	<b>6</b>	<b>24,0</b>
<b>Gerente de estabelecimento</b>	<b>3</b>	<b>12,0</b>
<b>Diretor de associação para deficientes</b>	<b>3</b>	<b>12,0</b>
<b>Auxiliar administrativo</b>	<b>2</b>	<b>8,0</b>
<b>Artesão</b>	<b>2</b>	<b>8,0</b>
<b>Monitoramento por câmera</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Escultor</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Digitador</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Torneiro mecânico</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Montador de rodas</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Vendedor ambulante</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Representante de associação para deficientes</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Músico</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Instrutor de sistemas de aeronaves</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

NSA= 35

Em 35 participantes da amostra a questão não se aplicava. Entre os que estavam exercendo outra atividade profissional, 24% (6 participantes) trabalhavam na administração de pequena empresa; em igual distribuição (12%), 3 participantes eram gerentes de estabelecimento ou diretores de associação para deficientes; também em igual distribuição (8%), 2 trabalhavam como auxiliares administrativos ou como artesãos. Os demais, constituídos por 9 participantes (4% cada), relataram trabalhar como: monitor de câmeras, escultor, digitador, torneiro mecânico, montador de rodas, vendedor ambulante, representante de associação para deficientes, músico e instrutor de sistemas de aeronaves.

Tabela 37 - Distribuição do grupo dos que trabalham, quanto ao tipo de contrato de trabalho.

<b>Contrato de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>CLT <sup>9</sup></b>	<b>4</b>	<b>13,3</b>
<b>Autônomo</b>	<b>15</b>	<b>50,0</b>
<b>Outro</b>	<b>11</b>	<b>36,7</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

NSA= 30

Entre os que trabalhavam, 50% constituía o grupo de autônomos, 36,7% relatou ter outro tipo de contrato e 13,3% eram celetizados.

Tabela 38 - Distribuição do grupo dos que trabalham, quanto a encontrar dificuldades no trabalho.

<b>Encontra dificuldades no trabalho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>9</b>	<b>30,0</b>
<b>Não</b>	<b>21</b>	<b>70,0</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

NSA= 30

Entre os que trabalhavam, a maioria (70%) não encontrava dificuldades no trabalho e 30% encontrava dificuldades.

<sup>9</sup> CLT é a sigla para Consolidação das Leis do Trabalho.

Tabela 39 - Distribuição das dificuldades para o trabalho entre os participantes que trabalhavam.

<b>Dificuldades no trabalho</b>	<b>N*</b>
<b>retirar e guardar a CR no carro</b>	<b>2</b>
<b>Relacionamento interpessoal com colegas</b>	<b>1</b>
<b>locomover-se no local de trabalho, acessibilidade nos banheiros</b>	<b>1</b>
<b>gostaria de mudar de atividade, mas não tem estudo</b>	<b>1</b>
<b>ter que se expor ao público</b>	<b>1</b>
<b>Acessibilidade das ruas, depender de alguém que o leve</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>

• não foram calculadas porcentagens porque a amostra é pequena  
SR=2  
NSA=51

Entre as 9 pessoas que trabalhavam e relataram encontrar dificuldade, 2 não descreveram quais eram e 7 descreveram as seguintes dificuldades: retirar e guardar a cadeira de rodas do carro (2), no relacionamento interpessoal com colegas (1), locomover-se no local de trabalho (1), acessibilidade nos banheiros (1), gostaria de mudar de atividade, mas não tem estudo (1), ter que se expor ao público (1), acessibilidade das ruas (1) e, depender de alguém que o leve (1).

Tabela 40 - Distribuição dos participantes do grupo dos que não trabalhavam, quanto ao desejo de trabalhar.

<b>Gostaria de trabalhar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>27</b>	<b>90,0</b>
<b>Não</b>	<b>3</b>	<b>10,0</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

NSA=30

No grupo dos que não trabalhavam, a maioria (90%) gostaria de trabalhar e 10%, não.

Tabela 41 - Distribuição dos participantes do grupo dos que não trabalhavam, quanto às dificuldades encontradas para trabalhar.

<b>Quais dificuldades para trabalhar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Não ter transporte</b>	<b>4</b>	<b>23,5</b>
<b>Dificuldade motora</b>	<b>4</b>	<b>23,5</b>
<b>Não quer perder o benefício</b>	<b>2</b>	<b>11,8</b>
<b>Não ter concluído os estudos</b>	<b>2</b>	<b>11,8</b>
<b>Não encontra emprego</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>
<b>Pegar peso</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>
<b>Aprender trabalhos manuais</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>
<b>Problema com a vista</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>
<b>Não ter carro adaptado</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

NSA= 30  
SR= 13

Entre os 30 participantes que não trabalhavam, 13 não responderam quais eram as dificuldades que encontravam para não trabalhar, 23,5% afirmou que o problema para trabalhar estava na dificuldade motora, 23,5% citou como dificuldade não ter transporte e, em igual distribuição (5,9% cada), 1 participante indicou não ter encontrado emprego; 1, não querer perder o benefício previdenciário; 1, não poder pegar peso; 1, não ter concluído os estudos; 1, não ter aprendido a fazer trabalhos manuais; 1, ter problemas com a visão e 1, não ter carro adaptado.

## 5.5 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA COM RELAÇÃO À COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR

Tabela 42 - Distribuição das composições de fonte de renda familiar.

<b>Fontes de Renda</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Benefício</b>	<b>12</b>	<b>20,0</b>
<b>Salário + Benefício</b>	<b>11</b>	<b>18,3</b>
<b>Benefício + Salário de familiares</b>	<b>9</b>	<b>15,0</b>
<b>Salário</b>	<b>6</b>	<b>10,0</b>
<b>Salário + Benefício+Salário do cônjuge</b>	<b>5</b>	<b>8,3</b>
<b>Salários Familiares</b>	<b>4</b>	<b>6,7</b>
<b>Benefício + Salário do Cônjuge</b>	<b>3</b>	<b>5,0</b>
<b>Salário do Cônjuge</b>	<b>2</b>	<b>3,3</b>
<b>Salário + Salário do cônjuge</b>	<b>2</b>	<b>3,3</b>
<b>Ajuda de outros</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Benefício + Ajuda de Outros</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Salário +Ajuda de outros</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Salário + Salário de familiares</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Salário + Benefício + Ajuda de outros</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Salário+Benefícios+Salário do Cônjuge+Salário de Familiares</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Foi observado que 20% tinha a renda familiar composta apenas pelo benefício previdenciário da pessoa com lesão medular; quase na mesma proporção (18,3%) a renda era composta pelo salário da pessoa com lesão medular mais o seu benefício previdenciário; em 15% apresentava renda composta pelo benefício previdenciário da pessoa com lesão medular, mais o salário de familiares; em 10% a renda familiar era composta apenas pelo salário da pessoa com lesão medular; em 8,3% era composta pelo salário da pessoa com lesão medular, mais o seu benefício previdenciário, além do salário do cônjuge; em 6,7% a renda era composta apenas pelo salário de familiares; em 5% era composta pelo benefício previdenciário da pessoa com lesão medular, mais o salário do cônjuge e, em igual distribuição (3,3% cada) tinha a renda familiar composta apenas pelo salário do cônjuge, ou pelo salário do cônjuge, mais o salário da pessoa com lesão medular. E, também, em igual distribuição (1,7% ), com 1 participante em cada grupo, encontramos as seguintes composições de fontes de renda: apenas ajuda de outros; ajuda de outros, mais o benefício da pessoa com lesão medular; ajuda de outros, mais o salário da pessoa com lesão medular; salário da pessoa com lesão medular, mais o salário de familiares; salário da pessoa com lesão medular, mais o benefício da pessoa com lesão medular, mais a ajuda de outros; salário da

pessoa com lesão medular, mais o benefício previdenciário da pessoa com lesão medular , mais o salário do cônjuge e mais o salário de familiares.

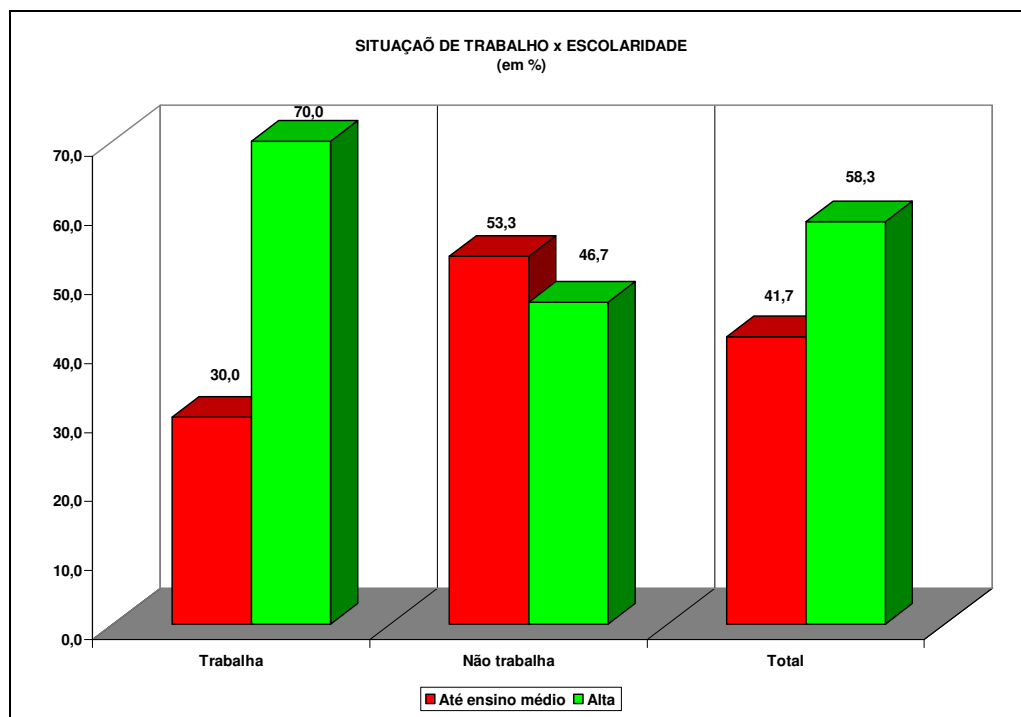
Em 88,4% da amostra a composição da renda familiar contava com a participação da pessoa com lesão medular., sendo que 48,3% dependia somente da pessoa com lesão medular (benefício previdenciário ou salário, ou um mais o outro).

## 5.6 COMPARAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS NOS GRUPOS DOS QUE TRABALHAM E NÃO TRABALHAM

Tabela 43 - Correlação do nível de escolaridade entre estar trabalhando e não estar.

Escolaridade	Trabalha	Não trabalha	Total
Até ensino médio	30,0	53,3	41,7
Alta	70,0	46,7	58,3
Total	100,0	100,0	100,0
N	30	30	60

Gráfico da tabela 43 - Correlação do nível de escolaridade entre estar trabalhando e não estar.



$\chi^2=3,36$   $p>0,05$

No grupo dos que trabalhavam, a maioria (70%) tinha “escolaridade alta” (Ensino Médio completo, Superior Completo ou Incompleto), e 30% ainda não havia completado o

Ensino Médio. No grupo dos que não trabalhavam, 53,3% tinham “até Ensino Médio” e 46,7% “escolaridade alta”. O teste estatístico indicou que as diferenças não são significantes.

Tabela 44 - Correlação das variáveis “com parceiro” e “sem parceiro” nos grupos dos que trabalhavam e não trabalhavam.

Para este teste, agrupamos os tipos de respostas para o Estado Civil em duas categorias:

“Sem parceiro”: Solteiros, Separados, Divorciados e Viúvos

“Com parceiro”: Casados e Comunhão Estável

Estado Civil	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem parceiro	10	33,3	15	50,0	25	41,7
Com parceiro	20	66,7	15	50,0	35	58,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 1,714$ ;  $p = 0,190$

A maior concentração da amostra (58,3%) foi encontrada no grupo dos “com parceiro” e 41,7% no grupo “sem parceiro”. No grupo dos que trabalhavam, a maioria (66,7%) estava no grupo “com parceiro” e 33,3% no grupo “sem parceiros”, e no grupo dos que não trabalham, os participantes estavam distribuídos igualmente entre os dois grupos.

Ao fazermos o teste estatístico  $\chi^2$  não observamos diferenças significantes entre as categorias “com parceiro” e “sem parceiro” entre os que trabalhavam e os que não trabalhavam, mas a descrição da amostra apontou para uma maior concentração de “com parceiros” entre os que trabalhavam.

Tabela 45 - Correlação da variável namorar, entre os participantes solteiros nos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam.

Namora	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	5		6		11	47,8
Não	4		8		12	52,2
<b>Total</b>	<b>9</b>		<b>14</b>		<b>23</b>	<b>100,0</b>

Dos 23 participantes que eram solteiros, 9 trabalhavam e 14 não. Dentre os que trabalhavam, 5 namoravam e 4 não, sugerindo que estas variáveis não são influenciadas uma

pela outra. Da mesma forma, isso ocorreu entre os que não trabalhavam, onde 6 namoravam e 8 não.

Tabela 46 - Correlação da variável receber benefício previdenciário, nos grupos dos que trabalhavam e não trabalhavam.

Benefício Previdenciário	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Recebe	19	63,3	24	80,0	43	71,7
Não recebe	11	36,7	6	20,0	17	28,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 2,052$ ;  $p = 0,152$

No grupo dos que trabalhavam, a maior parte da amostra representada (63,3%) recebia algum tipo de benefício previdenciário e 36,7% não. Da mesma forma, entre os que não trabalhavam, a maioria (80%) recebia benefício previdenciário e 20% não.

O teste estatístico  $\chi^2$ , não mostrou indícios de diferença estatística significativa.

Tabela 47 - Correlação da variável tempo de lesão medular, nos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam.

Tempo de lesão	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Seis meses	1	3,3	3	10,0	4	6,7
Seis meses a um ano	2	6,7	4	13,3	6	10,0
Um a dois anos	2	6,7	8	26,7	10	16,7
Mais de dois anos	25	83,3	15	50,0	40	66,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

U Mann-Whitney = 304,000 ;  $p=0,01$

No grupo dos que trabalhavam, a maior parte da amostra (83,3%) apresentava a lesão medular há mais de dois anos, 6,7% de um a dois anos, 6,7% de seis meses a um ano e 3,3% (1 participante) há seis meses. No grupo dos que não trabalhavam, também a maior parte da amostra (50%) teve a lesão há mais de dois anos, 26,7% de um a dois anos, 13,3% de seis meses a um ano e 10% há seis meses.

O teste estatístico Mann-Whitney <sup>10</sup> registrou diferença significativa entre as variáveis tempo de lesão medular e trabalho, tendo sido observado que no grupo com mais tempo de lesão estava o maior número de pessoas trabalhando.

Tabela 48 - Correlação da variável forma de aquisição da lesão medular, nos grupos dos que trabalham e não trabalham, e teste estatístico  $\chi^2$  para verificar se as diferenças são significantes.

Para o teste  $\chi^2$  agrupamos os tipos de respostas para a forma de aquisição da lesão medular em três categorias:

“saúde”: doença, outros (acidentes em cirurgia)

“violência”: ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca

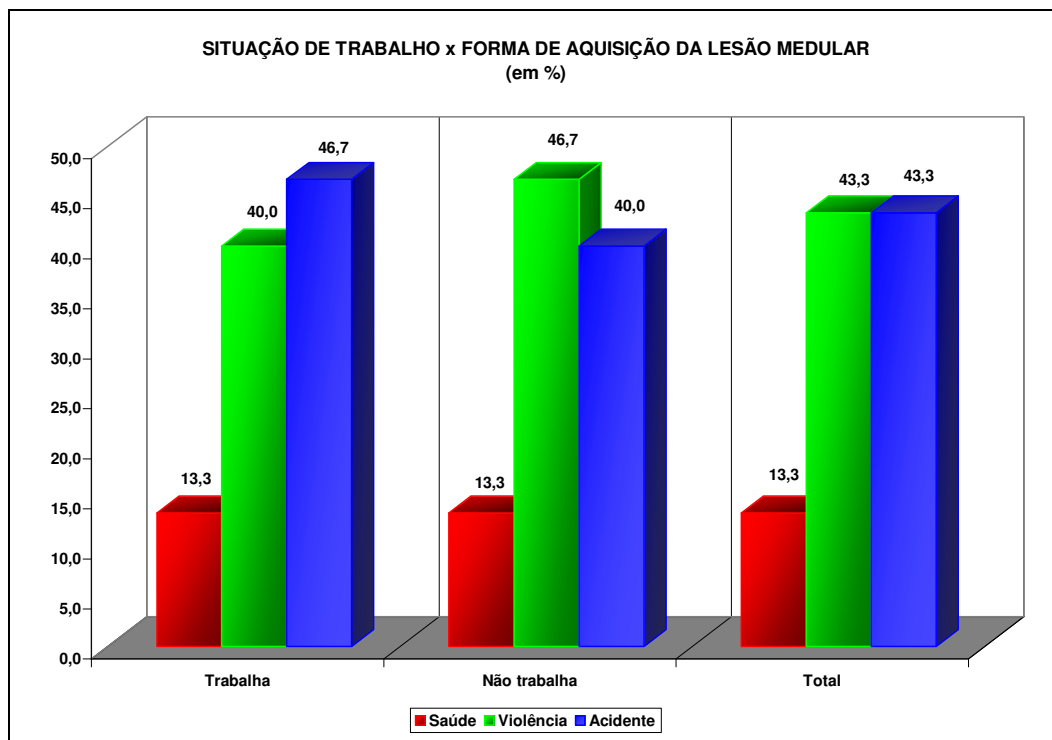
“acidente”: queda, acidente com veículo

	Situação de trabalho		
	Trabalha	Não trabalha	Total
Saúde	13,3	13,3	13,3
Violência	40,0	46,7	43,3
Acidente	46,7	40,0	43,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2=0,308$        $p>0,05$

<sup>10</sup> O teste estatístico Mann-Whitney foi utilizado para verificar se as diferenças são significativas, uma vez que o teste Qui-quadrado não possibilitou a avaliação de todas as possibilidades de respostas necessárias.

Gráfico da Tabela 48 - Correlação da variável forma de aquisição da lesão medular, nos grupos dos que trabalhavam e não trabalhavam.



No grupo dos que trabalhavam encontramos a maior concentração (46,7%) de aquisição da lesão medular por “acidentes”, sendo 40% por eventos de “violência” e 13,3% por eventos relacionados à “saúde”. No grupo dos que não trabalhavam, inversamente, encontramos a maior concentração (46,7%) de participantes, cujos eventos de “violência” foram a causa da lesão medular, seguida (40%) por “acidente” e, com a menor concentração (13,3%) dos eventos relacionados à saúde .

O teste estatístico apontou que estas diferenças não são significantes.

Tabela 49 - Correlação da variável fazer atividades de manutenção, nos grupos dos que trabalhavam e não trabalhavam.

Faz atividades De manutenção	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	21	70,0	10	33,3	31	51,7
Não	9	30,0	20	66,7	29	48,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 8,076$ ;  $p = 0,004$

No grupo dos que trabalhavam 70% fazia atividade de manutenção e 30% não fazia. No grupo dos que não trabalhavam 33,3% fazia atividade de manutenção e 66,7% não fazia.

O teste estatístico  $\chi^2$  apontou para uma diferença significativa, mostrando que a maioria dos que trabalhavam fazia atividades de manutenção e a maioria dos que não trabalhavam não fazia atividades de manutenção.

Tabela 50 - Correlação da variável independência para locomoção em cadeira de rodas nos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam.

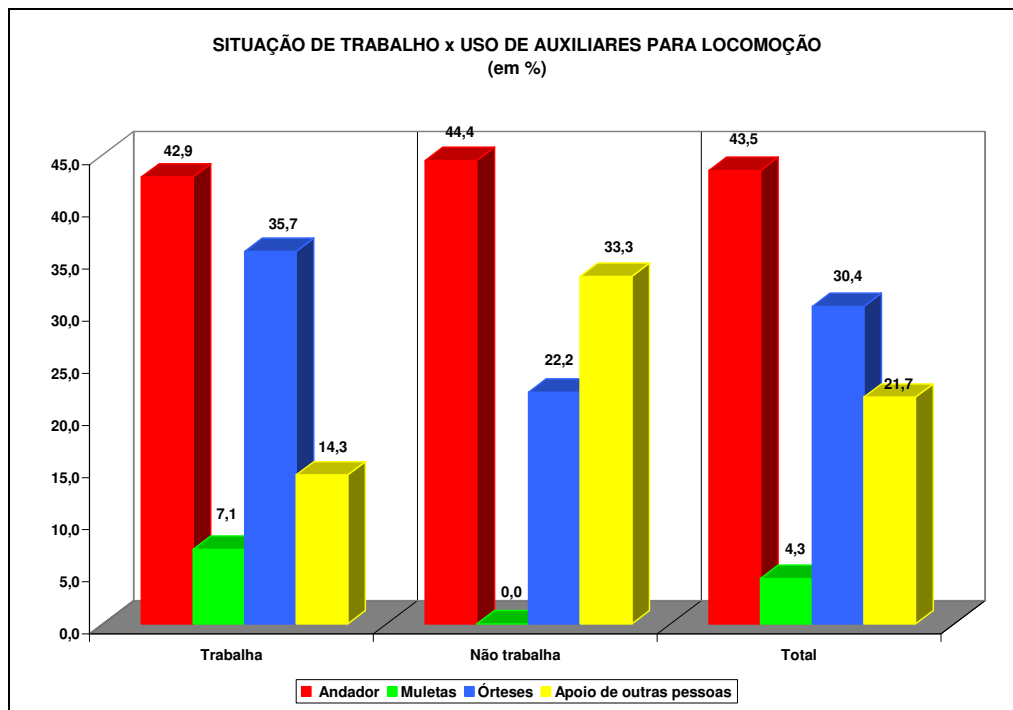
Uso da cadeira de rodas	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Independência total</b>	<b>28</b>	<b>93,3</b>	<b>23</b>	<b>76,7</b>	<b>51</b>	<b>85,0</b>
<b>Semi-independência</b>	<b>2</b>	<b>6,7</b>	<b>6</b>	<b>20,0</b>	<b>8</b>	<b>13,3</b>
<b>Dependência de outras pessoas</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

No grupo dos que trabalhavam a maior parte (93,3%) era independente para locomover-se em cadeira de rodas e 6,7% era semi-independente. Da mesma forma, no grupo dos que não trabalhavam a maioria (76,7%) era independente para locomover-se em cadeira de rodas, enquanto 20% era semi-independente e 3,3% dependia de outras pessoas.

Tabela 51 - Correlação da variável utilizar outros auxiliares para locomoção domiciliar nos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam.

Utiliza outros auxiliares para locomoção na residência	Trabalha	Não trabalha	Total
<b>Andador</b>	<b>42,9</b>	<b>44,4</b>	<b>43,5</b>
<b>Muletas</b>	<b>7,1</b>	<b>0,0</b>	<b>4,3</b>
<b>Órteses</b>	<b>35,7</b>	<b>22,2</b>	<b>30,4</b>
<b>Apoio de outras pessoas</b>	<b>14,3</b>	<b>33,3</b>	<b>21,7</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>23</b>

Gráfico da tabela 51 - Correlação da variável utilizar outros auxiliares para locomoção domiciliar nos grupos dos que trabalhavam e trabalhavam.



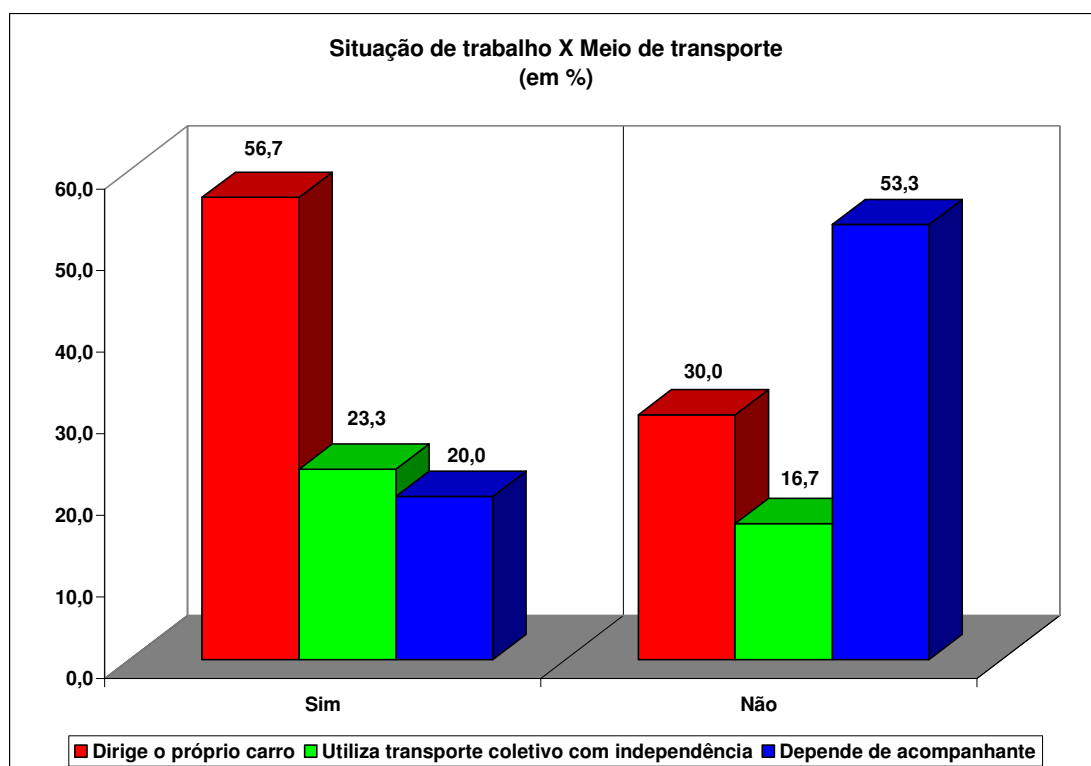
Dos participantes que utilizavam outros auxiliares para locomoção domiciliar, além da cadeira de rodas, encontramos no grupo dos que trabalhavam a maior concentração (42,9%) de usuários de andador, seguida de usuários de órteses (35,7%), dos que precisavam de apoio de outras pessoas (14,3%) e de usuários de muletas (7,1%). No grupo dos que não trabalhavam, a maior concentração (44,4%), fazia uso de andador, seguida de 33,3% que precisava do apoio de outras pessoas e de 22,2% de usuários de órteses, sendo que nenhum utilizava muletas.

Tabela 52 - Correlação da variável meios de transportes utilizados, nos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam.

Meio de transporte	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dirige o próprio carro	17	56,7	9	30,0	26	43,3
Utiliza transporte coletivo com independência	7	23,3	5	16,7	12	20,0
Depende de acompanhante	6	20,0	16	53,3	22	36,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 7,340$ ;  $p = 0,025$

Gráfico da Tabela 52 - Correlação da variável meios de transportes utilizados, nos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam.



No grupo dos que trabalhavam 56,7% dirigia o próprio carro, 23,3% utilizava transporte coletivo com independência e 20% era dependente de acompanhante. No grupo dos que não trabalhavam 30% dirigia o próprio carro, 16,7% utilizava transporte coletivo com independência, e a maioria (53,3%) era dependente de acompanhante.

O teste estatístico  $\chi^2$  apontou que as diferenças são significativas, mostrando que a variável da independência para o meio de transporte influencia o fato de trabalhar ou não.

Tabela 53 - Correlação da variável frequência com que encontravam com amigos, nos grupos dos que trabalhavam e não trabalhavam.

Com relação ao contato com amigos	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Os encontra com frequência	22	73,3	15	50,0	37	61,7
Os encontra pouco	8	26,7	15	50,0	23	38,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 3,455$ ;  $p = 0,063$

No grupo dos que trabalhavam, a maioria (73,3%) encontrava os amigos com frequência e 26,7% se encontrava pouco com os amigos. No grupo dos que não trabalhavam, 50% encontrava os amigos com frequência e 50% se encontrava pouco com os amigos.

O teste estatístico  $\chi^2$  não registrou significância estatística entre as diferenças, mas as percentagens parecem indicar uma tendência de que a atividade social dos que trabalhavam era mais freqüente do que aquela dos que não trabalhavam.

Tabela 54 - Correlação da variável sair para passear ou se divertir, nos grupos dos que trabalhavam e dos que não trabalhavam.

Sai para passear ou se divertir	Trabalha		Não trabalha		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	27	90,0	19	63,3	46	76,7
Não	3	10,0	11	36,7	14	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 5,963$ ;  $p = 0,015$

No grupo dos que trabalhavam, a maioria (90%) saía para passear ou se divertir, e 10% não saía. No grupo dos que não trabalhavam, também, a maioria (63,3%) saía para passear ou se divertir e 36,7% não saía.

O teste estatístico  $\chi^2$  não apontou diferenças significantes, mas as percentagens parecem sugerir que a atividade de sair dos que trabalhavam era mais freqüente do que aquela dos que não trabalhavam.

## 5.7 CORRELAÇÕES COM FATORES DE RESILIÊNCIA

Realizamos a média dos postos obtidos pelos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, em cada fator de resiliência e aplicamos o teste estatístico Mann-Whitney. O

teste indicou que não há diferenças significantes entre os resultados dos participantes dos dois grupos. Portanto, podemos apenas observar tendências, que serão apresentadas a seguir.

Para a análise dos resultados da amostra, as respostas dos participantes foram tabuladas pelo Instituto Aliança, que utilizou os escores estabelecidos pela pesquisa de validação do questionário numa população de 2.375 participantes. De acordo com esses escores, encontramos a posição de toda a amostra, e também dos grupos que trabalhavam e que não trabalhavam, nos índices: Abaixo da Média, na Média e Acima da Média.

Tabela 55 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para os Fatores de Resiliência do Questionário de Resiliência Adultos Reivich-Shatté/ Barbosa.

	Posição	%		Total
		Trabalha	Não trabalha	
Administração das Emoções	Abaixo da Média	66,7	73,3	70,0
	Na média	33,3	26,7	30,0
	Acima da Média	0,0	0,0	0,0
Controle dos Impulsos	Abaixo da Média	0,0	0,0	0,0
	Na Média	6,7	13,3	10,0
	Acima da média	93,3	86,7	90,0
Otimismo	Abaixo da média	3,3	20,0	11,7
	Na média	93,3	63,3	78,3
	Acima da média	3,3	16,7	10,0
Análise do Ambiente	Abaixo da média	6,7	10,0	8,3
	Na média	86,7	83,3	85,0
	Acima da média	6,7	6,7	6,7
Empatia	Abaixo da média	40,0	56,7	48,3
	Na média	60,0	43,3	51,7
	Acima da média	0,0	0,0	0,0
Auto-eficácia	Abaixo da média	63,3	63,3	63,3
	Na média	30,0	36,7	33,3
	Acima da média	6,7	0,0	3,3
Alcançar Pessoas	Abaixo da média	60,0	76,7	68,3
	Na média	40,0	23,3	31,7
	Acima da média	0,0	0,0	0,0

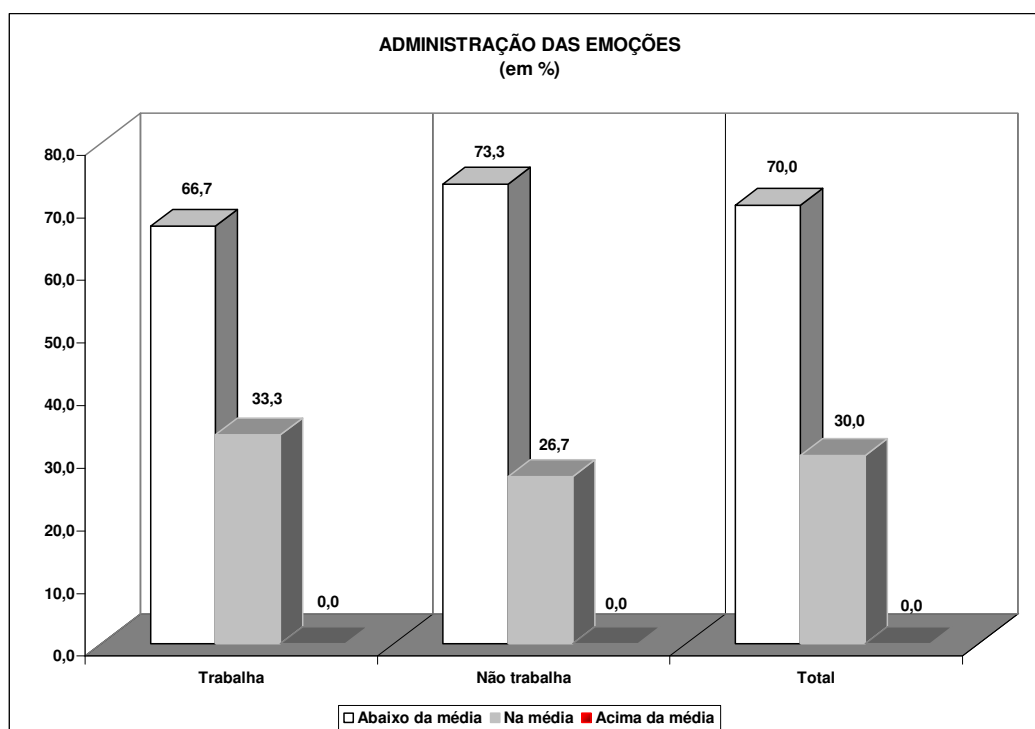
Tabela 56 - Correlação dos resultados obtidos nos fatores de resiliência, nos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam.

	Administração das emoções	Controle dos impulsos	Otimismo	Análise do Ambiente	Empatia	Auto-eficácia	Alcançar Pessoas
Mann-Whitney U	420,000	420,000	435,500	436,000	375,000	439,000	375,000
Significância	0,576	0,393	0,766	0,739	0,200	0,847	0,169

\* variável de agrupamento: Situação de trabalho

Para esta correlação, utilizamos o teste estatístico Mann-Whitney, que indicou que não há diferenças significantes entre os resultados dos participantes que trabalhavam e que não trabalhavam, nos fatores de resiliência. Portanto, podemos apenas observar tendências, que serão descritas nas tabelas, a seguir.

Gráfico 57 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para o Fator de Resiliência **Administração das Emoções**.

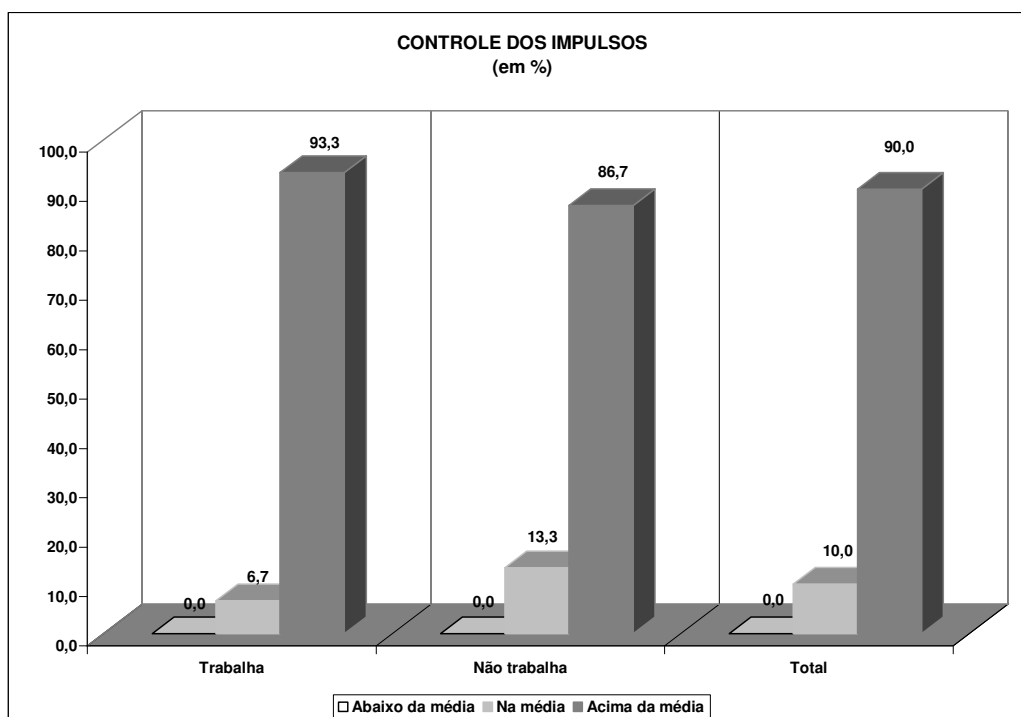


No fator **Administração das Emoções**, a maior parte da amostra (70%) apresentou resultado Abaixo da Média e 30% apresentou resultado dentro da Média.

No grupo dos que trabalhavam 66,7% apresentou respostas Abaixo da Média e 33,3% apresentou respostas dentro da Média.

No grupo dos que não trabalhavam 73,3% apresentou respostas Abaixo da Média e 26,7% apresentou respostas dentro da Média.

Gráfico 58 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para o Fator de Resiliência **Controle dos Impulsos**.

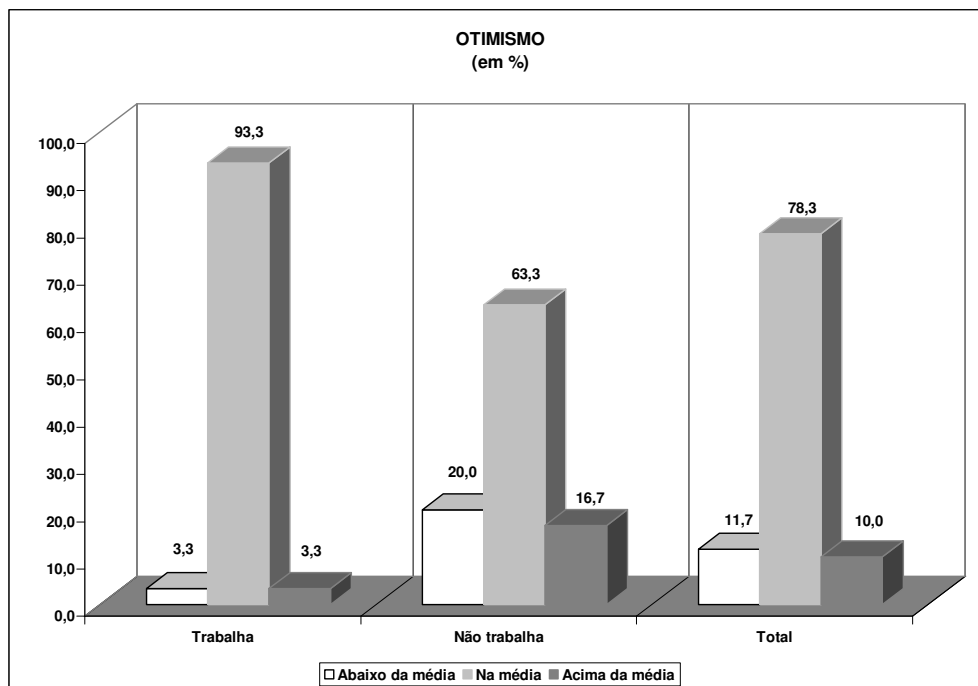


No fator **Controle dos Impulsos** a maior parte da amostra (90%) apresentou resultado Acima da Média e 10% apresentou resultados dentro da Média.

No grupo dos que trabalhavam 6,7% apresentou respostas dentro da Média e 93,3% apresentou respostas Acima da Média.

No grupo dos que não trabalhavam 13,3% apresentou respostas dentro da Média e 86,7% apresentou respostas Acima da Média.

Gráfico 59 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para o Fator de Resiliência **Otimismo**.

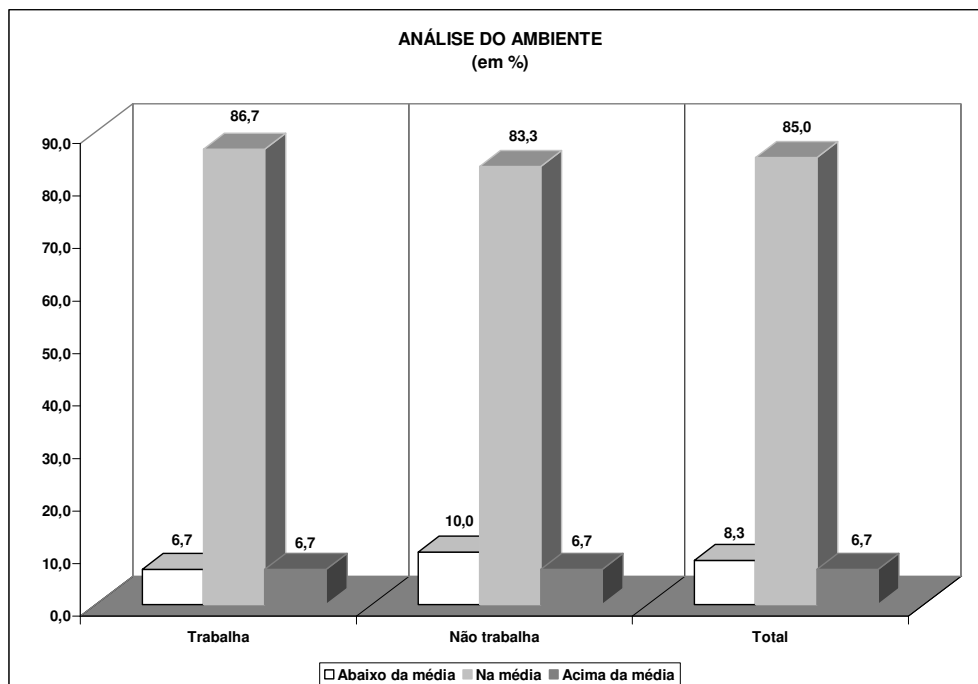


No fator **Otimismo** a maior parte da amostra (78,3%) apresentou resultado dentro da Média, 11,7% apresentou resultados Abaixo da Média e 10% apresentou resultados Acima da Média.

No grupo dos que trabalhavam 93,3% apresentou resultados dentro da Média, 3,3% apresentou resultado Abaixo da Média e, na mesma proporção, 3,3% apresentou resultado Acima da Média.

No grupo dos que não trabalhavam 63,3% apresentou resultados dentro da Média, 20% apresentou resultado Abaixo da Média e 16,7% apresentou resultado Acima da Média.

Gráfico 60 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para o Fator de Resiliência **Análise do Ambiente**.

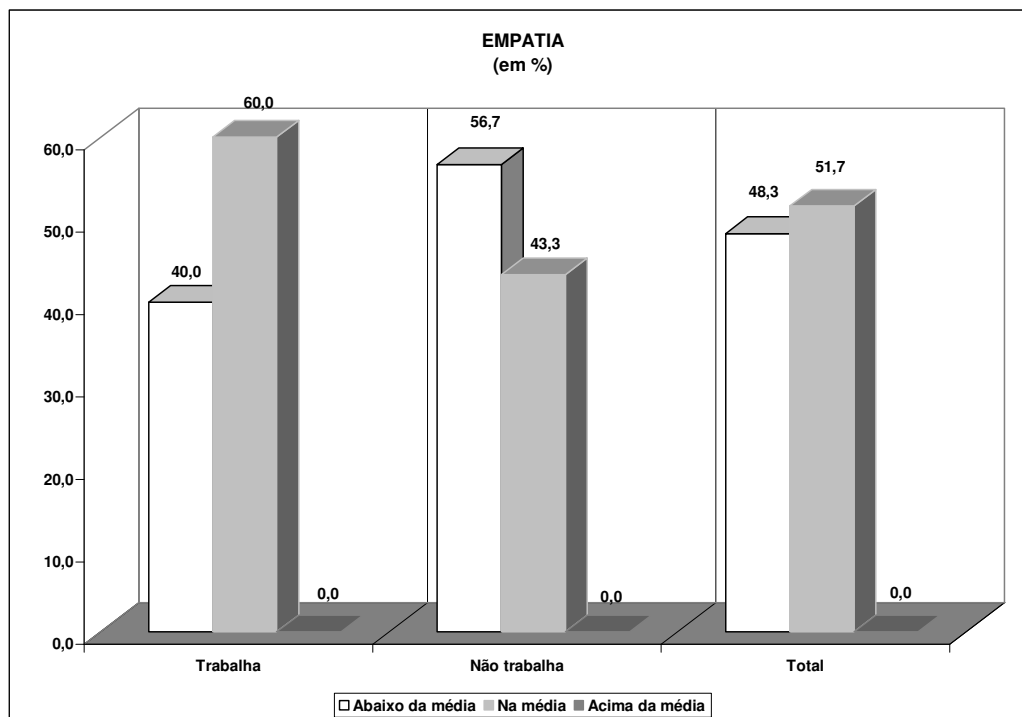


No fator **Análise do Ambiente** a maior parte da amostra (85%) apresentou resultado dentro da Média, 8,3% apresentou resultados Abaixo da Média e 6,7% apresentou resultados Acima da Média.

No grupo dos que trabalhavam 86,7% apresentou resultados dentro da Média, 6,7% apresentou resultado Abaixo da Média e, na mesma proporção, 6,7% apresentou resultado Acima da Média.

No grupo dos que não trabalhavam 83,3% apresentou resultados dentro da Média, 10% apresentou resultado Abaixo da Média e 6,7% apresentou resultado Acima da Média.

Gráfico 61 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para o Fator de Resiliência **Empatia**.

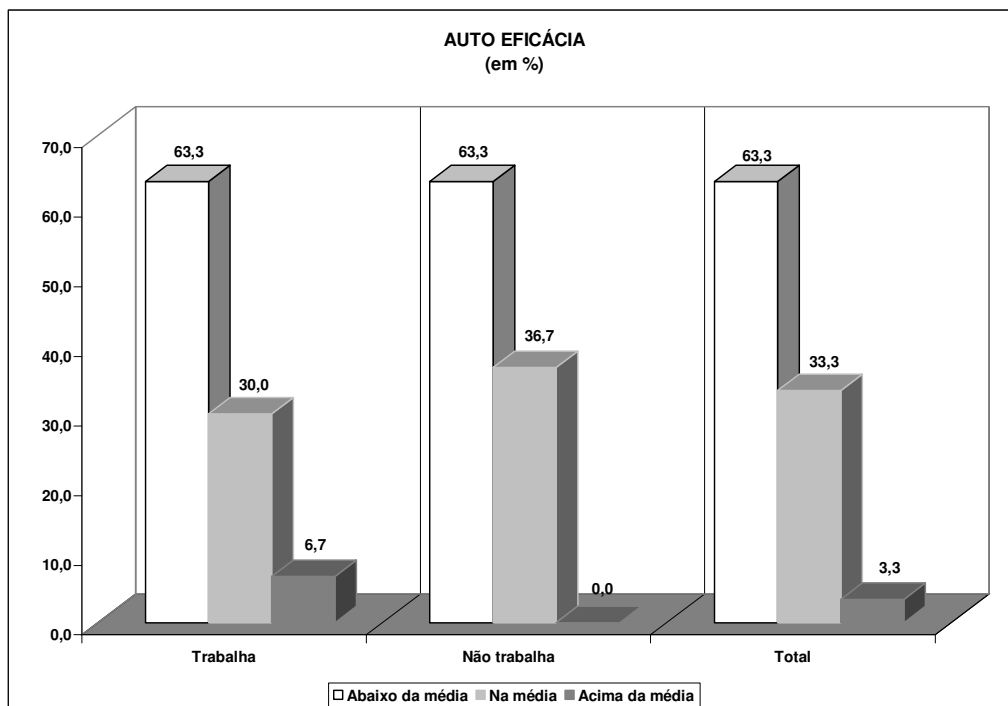


No fator **Empatia** 51,7% apresentou resultado dentro da Média, 48,3% apresentou resultados Abaixo da Média.

No grupo dos que trabalhavam 60% apresentou resultados dentro da Média e 40% apresentou resultado Abaixo da Média.

No grupo dos que não trabalhavam 56,7% apresentou resultados Abaixo da Média e 43,3% apresentou resultado dentro da Média.

Gráfico 62 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para o Fator de Resiliência **Auto-eficácia**.

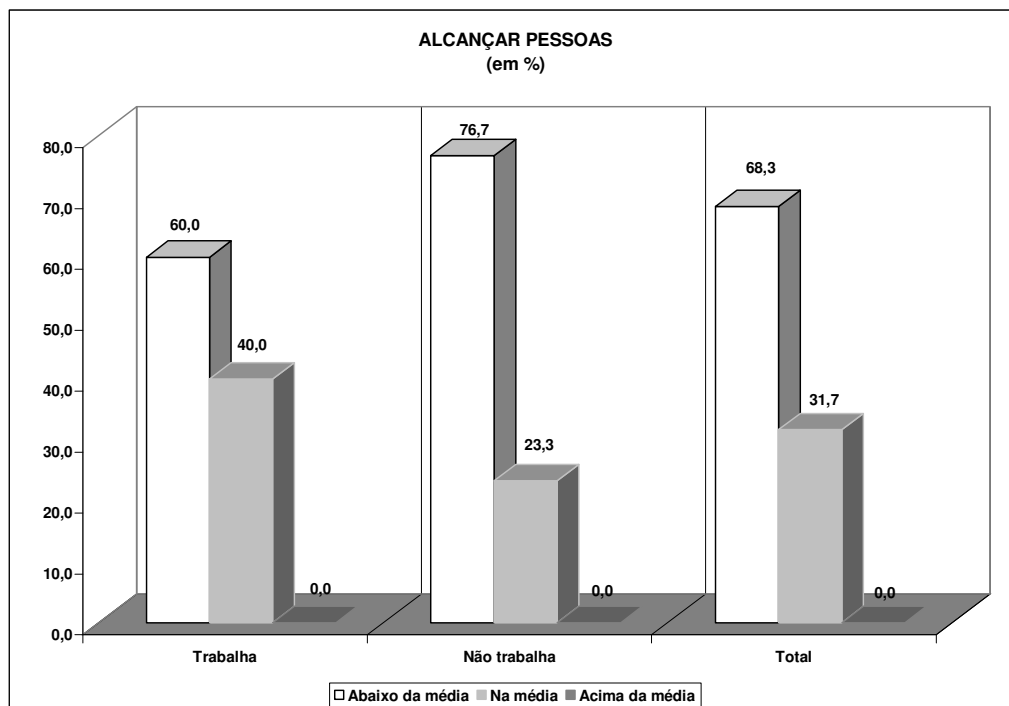


No fator **Auto-eficácia** a maior parte da amostra (63,3%) apresentou resultado Abaixo da Média, 33,3% apresentou resultados dentro da Média e 3,3% apresentou resultado Acima da Média.

No grupo dos que trabalhavam, 63,3% apresentou resultados Abaixo da Média, 30% apresentou resultado dentro da Média e, 6,7% apresentou resultado Acima da Média.

No grupo dos que não trabalhavam 63,3% apresentou resultados Abaixo da Média e 36,7% apresentou resultado dentro da Média.

Gráfico 63 - Distribuição dos resultados dos participantes, dos grupos dos que trabalhavam e que não trabalhavam, para o Fator de Resiliência **Alcançar Pessoas**.



No fator **Alcançar Pessoas** 68,3% apresentou resultado Abaixo da Média e 31,7% apresentou resultado dentro da Média.

No grupo dos que trabalhavam 60% apresentou resultado Abaixo da Média e 40% apresentou resultado dentro da Média.

No grupo dos que não trabalhavam 76,7% apresentou resultado Abaixo da Média e 23,3% apresentou resultado dentro da Média.

Tabela 64 - Correlação dos resultados dos fatores de resiliência entre os participantes que voltaram a estudar e os que não voltaram, depois da lesão medular.

	Administração das Emoções	Controle dos Impulsos	Otimismo	Análise do Ambiente	Empatia	Auto-eficácia	Alcançar Pessoas
<b>Mann-Whitney U</b>	<b>232,000</b>	<b>250,500</b>	<b>299,50</b>	<b>271,50</b>	<b>147,000</b>	<b>193,000</b>	<b>153,000</b>
<b>Significância</b>	<b>0,115</b>	<b>0,203</b>	<b>0,88</b>	<b>0,33</b>	<b>0,001</b>	<b>0,024</b>	<b>0,001</b>

\* variável de agrupamento: Voltou a estudar depois da lesão

Para verificarmos a hipótese de que voltar a estudar após a lesão medular, assim como o retorno ao trabalho, representava uma atitude resiliente, que recolocava a pessoa no curso do seu desenvolvimento pessoal, resolvemos fazer esta correlação. Para isso, utilizamos o teste estatístico Mann-Whitney, que comparou os resultados dos fatores de resiliência entre quem voltou a estudar e quem não voltou, e o resultado indicou que há diferença significativa nos fatores **Empatia**, **Auto-eficácia** e **Alcançar Pessoas**.

Tabela 65 - Correlação dos resultados dos fatores de resiliência entre os participantes que faziam atividades de manutenção e prevenção de deformidades e os que não faziam.

	Administração das emoções	Controle dos impulsos	Otimismo	Análise do Ambiente	Empatia	Auto-eficácia	Alcançar Pessoas
<b>Mann-Whitney U</b>	<b>361</b>	<b>426,5</b>	<b>409,5</b>	<b>380</b>	<b>420</b>	<b>430</b>	<b>355,5</b>
<b>Significância</b>	<b>0,059</b>	<b>0,330</b>	<b>0,205</b>	<b>0,049</b>	<b>0,307</b>	<b>0,373</b>	<b>0,050</b>

\* Variável de Agrupamento: Faz atividades de manutenção

Para verificarmos a hipótese de que fazer atividades de manutenção e prevenção de deformidades, representa uma atitude de autocuidado que denota uma boa reação emocional, resolvemos fazer esta correlação. Para isso, utilizamos o teste estatístico Mann-Whitney, que comparou os resultados dos fatores de resiliência entre quem estava fazendo alguma atividade de manutenção e quem não estava e o resultado apontou diferenças significantes entre os fatores **Análise do Ambiente** e **Alcançar Pessoas**, indicando que os que não fazem manutenção têm maiores dificuldades nestes fatores.

## CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo visa apresentar as características da amostra estudada e a relação de nossos achados com os dos estudos pertinentes, já apresentados na literatura consultada.

Para responder aos objetivos deste trabalho serão discutidos: as características da amostra com relação aos aspectos sóciodemográficos e dos fatores de resiliência, a comparação destas características nos grupos dos que trabalham e que não trabalham, e o perfil psicológico da amostra, a partir da análise dos fatores de resiliência.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA AMOSTRA DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR

#### 6.1.1 Com Relação aos Dados Sóciodemográficos

A amostra estudada foi composta de 60 pessoas com lesão medular, na sua maioria de nível torácico, havendo, também, lesões de nível lombar. A grande maioria estava constituída por participantes do sexo masculino. (tabelas 1 e 16).

Para compor a amostra, de forma que se pudesse atender aos objetivos deste trabalho, selecionamos 30 participantes que trabalhavam e 30 que não trabalhavam, sendo que todos utilizavam cadeira de rodas para locomoção comunitária e eram independentes para atividades de vida diárias (AVDs).

A amostra foi composta de uma maioria de adultos jovens, sendo que a maior concentração estava na faixa de 31 a 40 anos. Esses dados indicam que a maior parte da amostra estava em idade de intensa atividade laborativa. (tabela 2)

Com relação ao gênero e à idade, a amostra apresentou características condizentes com os dados encontrados em estudos nacionais e internacionais ( STAAS, 2002; CASALIS, 2003; CARAVIELLO ET. AL, 2004; VALLEDOR, 2005 e, NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2008).

Uma discreta maior percentagem da amostra era casada ou vivia em regime de Comunhão Estável. Ao longo deste capítulo, faremos referência a este último grupo pela qualificação de “com parceiro”.

O grupo que qualificamos como “sem parceiro”, era composto na sua maioria por solteiros, seguidos pelos divorciados e os separados. Encontramos este grupo, dividido entre os que estavam namorando e os que não estavam. (tabelas 8 e 44)

A maioria tinha filhos e, com relação a com quem viviam, um pouco mais do que a metade da amostra afirmou viver com o cônjuge e filhos. Ainda encontramos os que moravam somente com os cônjuges, outros, com os familiares e aqueles que viviam sozinhos, sendo relevante o fato da minoria viver com os pais. (tabelas 10 e 12)

Esses dados sugerem que grande parte da amostra estava num contexto social e familiar com grandes necessidades de consumo, como: providências para moradia, alimentação, vestimenta educação, saúde e lazer. Vale lembrar que a maior parte da amostra era composta de homens, e que na nossa cultura ainda prevalece a expectativa de que eles supram as necessidades da família. Com isso, podemos supor que incidia nessa amostra uma alta expectativa de geração de renda e colaboração no sustento familiar.

Por ter sido um critério para a composição da amostra, 50% dos participantes exercia alguma atividade de trabalho remunerado.

Com relação ao recebimento de benefício previdenciário, a grande maioria da amostra afirmou receber algum tipo. A maior concentração recebia aposentadoria por invalidez, seguida dos que recebiam auxílio doença. Uma pequena parte recebia o LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) ou aposentadoria por tempo de serviço e, apenas um participante recebia aposentadoria por idade. (tabelas 13 e 15)

Quanto à composição da renda familiar, a maior parte das famílias contava com a participação da pessoa com lesão medular, sendo que quase a metade dependia somente dessas pessoas (benefício previdenciário ou salário, ou um mais o outro). Disso, fica ressaltada a importância da discussão sobre a empregabilidade dessas pessoas.

Os resultados, apontando a alta frequência da participação das pessoas com lesão medular na composição da renda familiar, o fato da amostra ter sido composta de uma maioria de homens e o fato da maior parte da amostra ter adquirido a lesão medular em idade laborativa, indicaram que a questão do trabalho era um evento importante na fase do desenvolvimento em que se encontravam. (tabelas 1, 17 e 41)

Portanto, as dificuldades para exercer atividades laborativas podem ser compreendidas como *fatores de risco* para essa população.

Para a variável escolaridade, os dados encontrados nesta pesquisa indicaram que a maior concentração da amostra tinha escolaridade “alta” (nomeamos “alta” a escolaridade daqueles que concluíram no mínimo Ensino Médio), sendo que neste grupo a maioria concluiu o Ensino Médio, e uma menor parte teve nível superior concluído ou estava cursando. Menos da metade da amostra estava no grupo dos que tinham “até Ensino Médio”,

o que incluiu ser alfabetizado, ter Ensino Fundamental Completo ou Incompleto e o Ensino Médio Incompleto. (tabela 7)

### 6.1.2 Com Relação à Aquisição da Lesão Medular

A maior parte da amostra sofreu a lesão medular há mais de dois anos, enquanto estavam nas faixas etárias entre os 18 e 49 anos de idade (tabelas 17 e 18). São características dessa faixa etária: o fato de ser um período de decisão e formação da identidade profissional e o fato de ser um período de intensa atividade laborativa. Estes dados parecem confirmar a importância do tema da empregabilidade para os grupos estudados.

Os resultados para a causa da lesão medular foram condizentes com os estudos epidemiológicos brasileiros (CASALIS, 2003 e CARAVIELLO, 2005), sendo que a maior concentração da amostra adquiriu a lesão medular mediante ferimento por arma de fogo, seguida pelos que sofreram acidente com veículo, os que sofreram quedas, doenças e acidentes em cirurgias. Foi registrado que apenas um participante teve a lesão medular devida a ferimento por arma branca. (Gráfico da tabela 19)

Os estudos citados na literatura contaram com amostras que incluíram paraplégicos e tetraplégicos. Portanto, vale considerar que um estudo específico para paraplégicos permitiria uma comparação mais fidedigna com os resultados da amostra deste estudo.

Contudo, em concordância com Battistella (2003), os dados encontrados, tanto no presente estudo quanto nos demais citados, indicaram que a aquisição da lesão medular esteve mais frequentemente relacionada a questões sociais, como a violência e os comportamentos de risco, do que com problemas relacionados à saúde.

### 6.1.3 Análise das Características da Amostra Após a Lesão Medular

A maioria da amostra afirmou ter feito algum programa de reabilitação após a aquisição da lesão medular.

Esse achado pode ter sofrido a influência do fato da coleta de dados ter sido feita em centros de reabilitação, havendo, portanto, maior probabilidade dos participantes terem feito reabilitação. Contudo, é interessante notar que a maior parte deles sofreu a lesão há mais de dois anos e ainda continuavam em programas de reabilitação. (tabelas 18 e 26)

Segundo o estudo de Caraviello et al. (2005), o tempo para a chegada do paciente ao centro de reabilitação é prolongado, sendo que a média para os 306 sujeitos daquele estudo foi de 29,7 meses.

O fato de a maioria da amostra ter feito algum programa de reabilitação permite inferir que receberam cuidados e orientações sobre a própria saúde, sobre acessibilidade e, possivelmente, receberam algum atendimento psicológico.

A amostra estava dividida entre aqueles que faziam alguma atividade de manutenção do condicionamento físico e de prevenção a deformidades, e os que não faziam. (tabela 27)

Embora o programa de reabilitação possa oferecer recursos para condicionamento físico e prevenção de deformidades, e a maioria da amostra ainda estivesse em reabilitação, foi digno de nota o fato de apenas metade da amostra dedicar-se a esse cuidado para com a própria saúde.

Com relação à independência para atividades da vida diária, a maior parte dos participantes tinha independência total para locomoção em cadeira de rodas, um grupo, bem menor, definiu-se como semi-independente, o que significa que precisavam de alguma ajuda de adaptações ou, ainda, que levam um tempo maior para locomover-se em cadeira de rodas, e apenas um participante relatou depender de outra pessoa. (tabela 28)

A maior parte da amostra tinha independência para locomover-se de um lugar para outro, seja por dirigir o próprio carro, seja por ter independência para utilizar-se de transporte coletivo. Este dado também é relevante e diz respeito à autonomia dessas pessoas, o que pode interferir na condição para o trabalho. (tabela 29)

Todos os participantes da amostra afirmaram que encontravam os amigos com maior ou menor frequência, e a maioria afirmou sair para passear ou se divertir (tabelas 31 e 32). Estes dados sugeriram a hipótese de que a sociabilidade não pareceu ser uma dificuldade para os participantes da amostra, e são condizentes com as afirmações de Oliveira (2001), com relação às características de comportamento social da população de lesados medulares.

Encontrar-se com os amigos e manter atividades de lazer, são ações que sugerem boa sociabilidade, o que pode ser um facilitador para a inclusão no trabalho e para o desenvolvimento da resiliência, segundo Ceconello e Koller (2000) e Pereira e Araújo (2005).

No que diz respeito ao retorno aos estudos após a lesão medular, apenas quatorze participantes voltaram a estudar. Destes, seis voltaram a estudar no Ensino Médio e três voltaram a estudar em curso superior. Dentre os que voltaram a estudar em curso superior, verificamos que todos fizeram o curso de Administração de Empresas. (tabelas 21 e 22)

Onze participantes afirmaram ter voltado a estudar em cursos de capacitação após a lesão medular, tendo sido interessante notar que seis deles fizeram cursos de informática. (tabelas 23 e 24) Isso, nos permitiu levantar algumas questões que merecem um estudo mais aprofundado: a escolha pela área de informática se deveu ao fato da maior facilidade para a acessibilidade, encontrada nessa atividade? O mercado de trabalho oferecia mais vagas para paraplégicos nessa área? Essas pessoas eram de uma geração em que havia mais profissionais da área de informática, e isso nada tinha a ver com a deficiência ?

O entendimento dessas questões nos parece importante, uma vez que é bastante freqüente as empresas determinarem os tipos de vagas que disponibilizam para profissionais com deficiências, o que pode representar um equívoco na compreensão sobre a construção da identidade profissional e do direito de escolha dessas pessoas.

Um outro aspecto importante está em identificarmos o quanto as pessoas com deficiência estão atualizadas e disponíveis para o que o mercado de trabalho exige dos profissionais contratados.

Como pudemos observar, os resultados da amostra pareceram indicar que a questão da escolaridade não se apresentou como um grande déficit ou obstáculo para a empregabilidade.

## 6.2 COMPARAÇÕES DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA NOS GRUPOS DOS QUE TRABALHAVAM E NÃO TRABALHAVAM

Para respondermos a um dos objetivos deste trabalho, apresentaremos, aqui, a análise da situação profissional dos participantes da amostra e a discussão dos resultados, que se mostraram relevantes na comparação dos grupos dos que trabalham e que não trabalham.

### 6.2.1 Com Relação à Situação Profissional dos Participantes da Amostra

A maior parte da amostra afirmou ter profissão (tabela 33). Conforme apresentado anteriormente, vimos que a maior parte da amostra adquiriu a lesão medular em idades consideradas de intensa atividade laborativa ou durante o período de decisão e formação da identidade profissional (tabela 17). Entre os que estavam trabalhando, a maioria estava no exercício de outra profissão. Poucos conseguiram manter a mesma atividade profissional de antes da lesão medular. (tabela 35)

Este resultado nos remete à questão da identidade profissional que, na maioria dos casos, precisou ser reconstituída ou adaptada. A necessidade de abandonar a atividade

profissional escolhida originalmente e a necessidade da construção de uma nova identidade profissional, podem ter sido vivenciadas como fatores de *risco* para o desenvolvimento pessoal. Entretanto, dependendo dos recursos para o *enfrentamento* e dos fatores de resiliência de que dispunham, podem ter conseguido descobrir novos potenciais para desenvolverem.

Como vimos, para muitas pessoas que adquirem uma deficiência, torna-se difícil manter os papéis sociais desempenhados anteriormente, o que pode dificultar a recuperação do senso de identidade individual. Contudo, se o processo de desenvolvimento pessoal for ativado, este rompimento com a *persona* pode favorecer a descoberta de novos potenciais a serem desenvolvidos e com os quais poder contar. (WAHBA, 2006)

Com relação às profissões adotadas por quem mudou de atividade, os resultados não apontaram para uma tendência específica na busca por outra atividade profissional. Entretanto, vale ressaltar a alta concentração de administradores de pequenas empresas, seguida de diretores e representantes de associação para deficientes, e de gerentes de estabelecimentos. (tabela 36)

No grupo dos 30 participantes que trabalhavam, 50% era autônomo. Na outra metade, a minoria tinha contrato CLT, e uma maior concentração relatou ter outro tipo de contrato, não especificado. (tabela 37)

Estes resultados, junto com os dados sobre os tipos de atividades desenvolvidas por aqueles que trocaram de atividade profissional, parecem indicar uma tendência da amostra em exercer atividades autônomas, sem contrato CLT, o que pode justificar o fato de a maioria da amostra, incluindo os que trabalhavam, receberem algum benefício previdenciário. Contudo, valeria indagar se eles recebiam benefício e trabalhavam com outros tipos de contratos, que não o CLT, em função da dificuldade de se inserirem no mercado formal de trabalho.

Entre os que trabalhavam, a maioria não encontrava dificuldades no trabalho. Entre as poucas dificuldades apontadas, estavam: retirar e guardar a cadeira de rodas do carro; no relacionamento interpessoal com colegas; locomover-se no local de trabalho; acessibilidade nos banheiros; baixo nível escolar; ter que se expor ao público; acessibilidade das ruas, e depender de alguém que o levasse. (tabelas 38 e 39)

As dificuldades apontadas indicaram que são as barreiras físicas, atitudinais e emocionais, conforme a descrição da CIF (OMS, 2002), que ainda precisam ser resolvidas para a melhora nas condições de trabalho das pessoas com deficiência.

No grupo dos 30 participantes que não trabalhavam, a grande maioria informou que gostaria de trabalhar. Entre esses, 13 não responderam sobre as dificuldades encontradas para trabalhar, e os demais apresentaram as seguintes dificuldades: um grupo afirmou que o

problema para trabalhar estava na dificuldade motora, outro grupo citou como dificuldade não ter transporte, e alguns participantes apontaram problemas, tais como: não ter encontrado emprego, não querer perder o benefício previdenciário, não poder pegar peso, não ter concluído os estudos, não ter aprendido a fazer trabalhos manuais ou ter problemas com a visão. (tabelas 40 e 41)

Dentre as dificuldades mais apontadas por quem não estava trabalhando, encontramos fatores que pareceram estar relacionados com a construção de uma identidade profissional, que fosse condizente com as limitações motoras e com a acessibilidade no transporte.

### 6.2.2 Com Relação à Escolaridade

A escolaridade tem sido apontada como uma das grandes dificuldades para a empregabilidade de pessoas com deficiências (TANAKA, 2005). Entretanto, e como vimos, a questão da escolaridade nesta amostra não se apresentou como um grande problema (tabela 7).

Embora não tenhamos encontrado diferença significativa no teste estatístico, ao compararmos os dois grupos estudados, encontramos uma tendência à maior concentração de participantes com “escolaridade alta” entre os que trabalhavam.

No grupo dos que trabalhavam, a percentagem de participantes com “escolaridade alta” (Ensino Médio Completo, Superior Completo ou Incompleto) era maior do que aquela dos que ainda não haviam concluído o Ensino Médio, diferentemente do grupo dos que não trabalhavam, em que a percentagem dos que tinham “escolaridade alta” e dos que tinham “até Ensino Médio” era quase a mesma. Os resultados sugeriram que o nível escolar pode influenciar o retorno ao trabalho, após a lesão medular. (tabela 43)

A diferença de nossos resultados para escolaridade com aqueles apresentados na literatura merece maiores estudos. A amostra da presente pesquisa não foi composta por abordagem probabilística, o que não permite a generalização dos resultados para a população de pessoas com lesão medular (COZBY, 2006). Além disso, cabe a discussão sobre a qualidade da formação escolar oferecida por nossas escolas públicas, o que pode comprometer o desempenho, não só das pessoas com deficiências, mas de toda a população do nosso país.

### 6.2.3 Com Relação ao Estilo de Vida Afetiva

Com relação ao Estilo de Vida Afetiva, embora o teste estatístico não tenha indicado diferenças significantes, os resultados apontaram para uma tendência, no grupo dos que trabalhavam, de viver “com parceiro”. Sendo que, no grupo dos que não trabalhavam, os participantes estavam divididos igualmente entre os que viviam “com parceiros” e “sem parceiros”. (tabela 44)

Entre os solteiros, os resultados não apontaram diferenças ou tendências entre os que estavam trabalhando e os que não estavam. (tabela 45)

Os resultados descritos sugeriram que, nesta amostra, estar trabalhando e manter um estilo de vida afetiva com parceiro, não se influenciaram significativamente. Contudo, estudos futuros poderão investigar melhor a tendência encontrada no grupo dos que trabalhavam, onde se observou um maior número de participantes vivendo “com parceiro” do que “sem parceiro”.

### 6.2.4 Com Relação ao Recebimento de Benefício Previdenciário

Com relação ao recebimento de benefício previdenciário, o resultado indicou que trabalhar ou não trabalhar, não influenciou a amostra quanto a receber algum tipo de benefício previdenciário. Como vimos, notou-se uma tendência no grupo dos que trabalhavam em exercer atividades profissionais autônomas ou com contratos de trabalho diferentes daquele da CLT, o que, provavelmente, explica o recebimento de benefício previdenciário, inclusive pelos que estavam trabalhando. (tabela 46)

### 6.2.5 Com Relação ao Tempo de Aquisição da Lesão Medular

No grupo dos que trabalhavam, a maioria dos participantes teve a lesão medular há mais de dois anos e no grupo dos que não trabalhavam, embora a maior concentração tivesse adquirido a lesão medular há mais de dois anos, a diferença entre os dois grupos foi significativa, conforme exibiu o teste estatístico aplicado.

Dessa forma, os resultados indicaram que o tempo de lesão medular influenciou o fato de trabalhar ou não, sendo que os que tiveram a lesão medular há mais de dois anos tenderam a estar trabalhando em maior proporção do que os que sofreram a lesão nos períodos inferiores a dois anos. (tabela 47)

### 6.2.6 Com Relação à Causa da Lesão Medular

Embora não tenhamos encontrado diferença significativa, no grupo dos que não trabalhavam encontramos uma discreta maior concentração de participantes, cuja causa da lesão medular estava relacionada com eventos de “violência”. Na mesma proporção, a discreta maioria no grupo dos que trabalhavam, teve como causas aquelas relacionadas a “acidentes”.(tabela 48)

### 6.2.7 Com Relação a Fazer Atividades de Manutenção

O teste estatístico indicou diferença significativa para a variável fazer atividade de manutenção, tendo sido exibido que a maioria dos que trabalhavam fazia atividades de manutenção e a maioria dos que não trabalhavam não fazia. (tabela 49)

Estes resultados indicam que existe uma relação direta entre trabalhar e ser ativo para os auto cuidados, indicando que o trabalho exerce uma influência positiva na atitude diante da vida e de assumir responsabilidades consigo mesmo.

### 6.2.8 Com Relação à Independência para Atividades de Vida Diária.

Considerando que foi critério de inclusão na amostra o fato de terem independência funcional para atividades de vida diária, o questionário investigou a independência para locomoção em cadeira de rodas, deslocamento de um local para outro e o uso de auxiliares de locomoção domiciliar, devido à hipótese de que esses aspectos poderiam influenciar o retorno ao trabalho.

Os dados indicaram que a independência para locomover-se em cadeira de rodas não influenciou o fato de trabalharem ou não. Mas, notamos que no grupo dos que não trabalhavam havia mais participantes semi-independentes, e foi o único grupo em que registrou-se a dependência de outras pessoas. (tabela 50)

Diante deste resultado, podemos levantar a hipótese de que, entre aqueles que não trabalham pode haver participantes com maiores dificuldades no desenvolvimento da autonomia, por justificativas não motoras, mas atitudinais.

Esta hipótese parece ser coerente, também, com os resultados da comparação dos tipos de auxiliares utilizados para locomoção domiciliar, em que o uso de andador estava dividido igualmente entre os grupos dos que trabalhavam e não trabalhavam. Porém, no grupo dos que

trabalhavam a percentagem de participantes que utilizavam órteses foi maior do que aqueles que se utilizavam do apoio de outras pessoas, e o inverso ocorreu no grupo dos que não trabalhavam, sendo mais freqüente o uso do apoio de outras pessoas do que o de órteses. (tabela 51)

O teste estatístico apontou que a variável da independência para o meio de transporte influenciou o fato de trabalhar ou não.

Vale notar, que entre os que trabalhavam a maioria dirigia o próprio carro, permitindo levantar a hipótese de que, quem têm poder aquisitivo para adquirir este bem, além de assumir uma postura de independência para a locomoção, pode ter maior facilidade em conseguir trabalhar. Observamos, também, pessoas com lesão medular que trabalhavam utilizando meio de transporte coletivo com independência, mesmo sendo dependentes de acompanhantes, o que nos permite concluir que dirigir o próprio carro facilita, mas não é fator determinante da possibilidade de trabalhar. (tabela 52)

Já no grupo dos que não trabalhavam, a maioria era dependente de acompanhante para a locomoção.

#### 6.2.9 Com Relação à Freqüência com que Encontravam com Amigos

Com relação à freqüência com que se encontravam com amigos e saíam para passear e se divertir, os testes estatísticos não apontaram diferenças significantes, mas as percentagens sugerem que a atividade social dos que trabalhavam era mais freqüente do que a dos que não trabalhavam. De forma geral, esta amostra apresentou uma tendência de boa sociabilidade e atividade de lazer, o que está em consonância com os achados da literatura (OLIVEIRA, 2001). (tabela 53 e 54)

### 6.3 ANÁLISE DOS FATORES DE RESILIÊNCIA

Neste tópico, apresentaremos a análise dos resultados da amostra para os fatores de resiliência avaliados pelo “Questionário de Resiliência: Adultos Reivich – Shatté / Barbosa” (tabela 55), segundo as propostas de interpretação dos resultados feitas por Reivich-Shatté (2002), Araújo (2005, 2007) e Barbosa (2006 e 2008).

Como vimos, o levantamento bibliográfico sobre resiliência e deficiência indicou que esse ainda é um assunto pouco pesquisado. Encontramos uma escassez de artigos científicos que pudessem ser utilizados na discussão dos resultados desta pesquisa, para os fatores de resiliência. Dessa forma, utilizamos alguns autores que estudaram empiricamente e teoricamente o tema da deficiência e outros que estudaram o tema da resiliência.

#### 6.3.1 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator **Otimismo**

Os resultados obtidos para o fator **Otimismo**, onde a maior parte dos participantes situou-se na Média, indicaram que a amostra mantinha postura otimista e esperançosa diante de situações adversas, acreditando que o futuro poderia ser melhor. Segundo as interpretações de Reivich e Shatté (2002) e de Barbosa (2008), essa habilidade pode estar relacionada com a crença de possuir potencial para enfrentar as adversidades, e com uma percepção realista e contextualizada da situação.

#### 6.3.2 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator **Análise do Ambiente**

As características da amostra apontadas pelos resultados no fator **Otimismo**, parecem coerentes com o resultado da amostra para o fator **Análise do Ambiente**, no qual a maioria também estava na Média, confirmando que os resultados apontavam para uma tendência de analisar o ambiente de forma adequada.

Contudo, vale retomarmos a literatura, onde Oliveira (2001) apontou para uma tendência das pessoas com lesão medular de se servirem, inconscientemente, de mecanismos de defesa como, por exemplo, a racionalização para lidar com o sofrimento inerente às perdas vividas.

Dessa forma, podem conseguir identificar adequadamente as causas dos problemas e adversidades que enfrentam, embora, e não necessariamente, consigam lidar com o

reconhecimento dos próprios erros e a possibilidade de aprender com eles, conforme a interpretação de Araújo (2005) para este resultado.

Ainda que com dificuldade para lidarem com os aspectos pessoais ao analisarem o ambiente, a habilidade em perceber a realidade objetivamente pode lhes permitir posicionar-se em situações de segurança, evitando situações que ofereçam riscos de maior vulnerabilidade física e emocional. (BARBOSA, 2008)

### 6.3.3 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator **Controle dos Impulsos**

A amostra foi caracterizada pela tendência de respostas Acima da Média para o fator **Controle dos Impulsos**. Este resultado, também, pareceu ser condizente com a literatura (OLIVEIRA, 2001), uma vez que, pode indicar o uso excessivo de mecanismos de defesa, com repressão exagerada sobre os impulsos. Essas características podem ocasionar um padrão de comportamento mais conformista, oferecer dificuldade com a criatividade e causar aumento do nível de tensão, tornando essas pessoas mais sujeitas a “explosões”, e aumentando o nível de estresse. (ARAÚJO, 2007)

Barbosa (2008, p. 1), ao apresentar a compreensão deste fator numa dimensão psicossomática, relacionou essas habilidades com a capacidade de regulação do sistema muscular. Considerou que a capacidade de controle do sistema muscular, que ele nomeou como “*frouxo*” ou “*rígido*”, poderia influenciar a vivência de emoções de forma “*exacerbada ou inibida*”

Embora pareça tentadora a idéia de associarmos o resultado Acima da Média para o fator **Controle dos Impulsos** à condição motora da amostra, caracterizada pela paraplegia, sabemos que a postura psicossomática não pressupõe uma relação de causalidade entre os eventos psíquicos e orgânicos.

Contudo, vale deixarmos essa discussão para um outro momento, em que o levantamento dos dados permita melhor avaliar a dinâmica mente-corpo numa amostra com tais características.

### 6.3.4 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator **Administração das Emoções**

Os resultados da amostra para o fator **Controle dos Impulsos** pareceu coerente com os encontrados para o fator **Administração das Emoções**, cuja tendência de respostas Abaixo da Média indicou um grupo muito vulnerável frente a emoções e afetos, uma vez que poderia

não estar conseguindo utilizar adequadamente a habilidade egóica de mediar a elaboração do impulso e a sua satisfação, de forma alternativa.

De acordo com essa hipótese, estariam investindo mais energia para manter uma estrutura defensiva, do que em processos criativos. Segundo Oliveira (2001), isso coloca tais indivíduos diante do risco de regredirem ao confrontarem-se inesperadamente com emoções fortes, fazendo-os vivenciarem as dores passadas e que não foram elaboradas.

Como vimos, encontramos nesta amostra uma tendência para a maior facilidade na manutenção de atividade social, o que segundo os estudos de Pesce et. al (2004), caracteriza-se como uma boa habilidade para o *enfrentamento* de adversidades.

Contudo, a habilidade em buscar apoio social pareceu não estar, necessariamente, relacionada com a habilidade de reconhecer as próprias emoções e expressá-las de maneira proporcional, o que Araújo (2007) caracteriza como o bom desenvolvimento do fator **Administração das Emoções**. Tampouco, pareceu estar diretamente relacionada com a habilidade de identificar as emoções dos outros e utilizá-las como pistas para reorientar o próprio comportamento, que resultaria na boa elaboração e controle das emoções, que por sua vez, poderia auxiliar no *enfrentamento* eficiente de problemas e adversidades. (BARBOSA, 2008)

### 6.3.5 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator **Auto-eficácia**

A amostra foi caracterizada pela tendência de respostas Abaixo da Média para o fator **Auto-eficácia**, o que poderia indicar uma dificuldade em acreditarem em si mesmos, de acreditarem na capacidade de efetivar ações que solucionassem os problemas (ARAÚJO, 2007). Além disso, poderiam ter um baixo grau de confiança, no fato de que o ambiente pode oferecer recursos para o *enfrentamento* de adversidades (BARBOSA, 2008).

Considerando que as habilidades da **Auto-eficácia** são desenvolvidas na relação com os outros, e a partir de experiências bem sucedidas, podemos levantar a hipótese de que por esta amostra ter como característica a aquisição de uma deficiência, a limitação motora, as barreiras físicas e atitudinais passaram a oferecer uma situação de maior vulnerabilidade, porque nem todas as atividades que antes eram desempenhadas com sucesso, são possíveis agora.

Reivich e Shatté (2002) escreveram que os fatores **Otimismo** e **Auto-eficácia** geralmente estão relacionados. Entretanto, nesta amostra não pareceram estar diretamente correlacionados.

O resultado da amostra para o fator **Auto-eficácia**, Abaixo da Média, não acompanhou o resultado do fator **Otimismo** na Média. Uma hipótese para explicar este fato está na consideração das especificidades da amostra, no que diz respeito à possibilidade de execução de tarefas, devido à mobilidade reduzida, o que pode ter influenciado negativamente a confiança na capacidade de obterem sucesso.

#### 6.3.6 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator **Alcançar Pessoas**

O resultado Abaixo da Média no fator **Alcançar Pessoas**, com maior concentração na amostra, pareceu coerente com o resultado obtido no fator **Auto-eficácia**, uma vez que a dificuldade de confiar nas próprias habilidades para solucionar problemas não ajuda o desenvolvimento da habilidade de se expor e enfrentar desafios.

Este resultado pode indicar uma tendência do grupo de evitar o enfrentamento de desafios, devido ao receio de obterem um resultado ruim, sugerindo uma dificuldade em tolerar os próprios erros. (ARAÚJO, 2007)

O fator **Alcançar Pessoas** está relacionado com a capacidade de se expor e lidar com os resultados da própria ação, além da habilidade de conectar-se com outras pessoas, formando fortes redes de apoio, que favoreçam a solução de problemas (BARBOSA, 2006).

Com relação à capacidade de conectarem-se com outras pessoas, embora a amostra tenha mostrado boa sociabilidade, deparamo-nos, novamente, com a possibilidade de a dificuldade no fator **Administração das Emoções** influenciar negativamente a habilidade de formação de vinculação afetiva. Tal dificuldade poderia desfavorecer a construção de uma forte rede de apoio, onde deveria haver envolvimento e comprometimento de uns com os outros.

Esses resultados nos levam a refletir sobre a importância das estratégias da psicologia no processo de reabilitação, uma vez que a questão da elaboração das emoções parece determinante no *enfrentamento* de situações de vulnerabilidade que as pessoas com lesão medular podem ter que lidar.

#### 6.3.7 Análise dos Resultados da Amostra para o Fator **Empatia**

Os resultados da amostra para o fator **Empatia**, estavam divididos entre respostas na Média e Abaixo da Média.

O desenvolvimento adequado do fator **Empatia** está relacionado com a capacidade da pessoa em se colocar no lugar do outro, inclusive de perceber como o outro a percebe (ARAÚJO, 2007). Além disso, revela a habilidade para decodificar a comunicação não verbal e organizar atitudes a partir dessa leitura (BARBOSA, 2006).

Sauaia (2003) citou a competência social e a empatia como algumas das habilidades que fazem parte da categoria “*percepção do outro*”, que é uma das habilidades de resiliência de uma pessoa. Além dessas, a categoria engloba, segundo aquela autora, a capacidade de comunicação, a habilidade de adaptação ao meio e a habilidade para solucionar problemas.

Já foi citada, anteriormente, a tendência da amostra deste estudo em manter atividade social. Segundo o estudo de Pesce et al (2004), a busca pelo suporte social pode contribuir para o *enfrentamento* de adversidades, uma vez que a correlação entre competência social e empatia, identificados como *fatores de proteção*, mostraram-se eficientes para a amenizar os fatores de *risco*, na amostra estudada por eles.

Entretanto, como discutimos nos resultados para o fator **Administração das Emoções**, buscar apoio social pode não estar relacionado com a habilidade em reconhecer e expressar as próprias emoções de forma adequada, ou de identificar e utilizar a emoção dos outros para reorientar o próprio comportamento.

No próximo tópico veremos que no fator **Empatia** é onde os dois grupos apresentaram maiores diferenças nos resultados, sugerindo que estar em atividade pode ter favorecido o desenvolvimento destas habilidades.

#### 6.4 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS FATORES DE RESILIÊNCIA, NOS GRUPOS DOS QUE TRABALHAVAM E DOS QUE NÃO TRABALHAVAM

Realizamos a média dos postos obtidos pelos grupos em cada fator de resiliência e aplicamos o teste estatístico Mann-Whitney, que indicou que não há diferenças significantes entre os grupos dos participantes que estavam trabalhando e os que não estavam. (tabela 56) Portanto, pudemos apenas observar tendências, que serão apresentadas e discutidas a seguir:

#### 6.4.1 Para o Fator **Otimismo**

Embora os testes estatísticos não tenham indicado diferenças significantes, os resultados apontaram para uma tendência entre os que não trabalhavam a terem maiores dificuldades no fator **Otimismo**. (gráfico 59)

A tendência encontrada no grupo dos que não trabalhavam, com uma maior concentração de participantes cujos resultados estão Abaixo e Acima da Média, sugere que um novo estudo avalie a relação destas pessoas com o trabalho.

Valeria explorar, também, se as características do mercado de trabalho atual favorecem a absorção de profissionais que não confiem na própria habilidade de enfrentar adversidades.

#### 6.4.2 Para o Fator **Análise do Ambiente**

Como vimos anteriormente, os resultados sugeriram que a amostra apresentava uma tendência a analisar o ambiente de forma adequada, e não encontramos diferenças entre os grupos dos que trabalhavam e dos que não. (gráfico 60)

Portanto, identificar adequadamente as causas dos problemas e adversidades não pareceu influenciar a decisão de retorno ao trabalho.

#### 6.4.3 Para os Fatores **Controle dos Impulsos** e **Administração das Emoções**

Tanto para o fator **Controle dos Impulsos**, quanto para o fator **Administração das Emoções**, não encontramos diferenças entre os grupos dos que trabalhavam e dos que não, sugerindo que a tendência de repressão exagerada aos impulsos e de maior susceptibilidade diante das emoções, não eram influenciadas pelo fato de trabalhar. (gráfico 58)

Embora Reivich-Shatté (2002) tenham escrito que quando as habilidades do fator **Administração das Emoções** encontram-se mal desenvolvidas há maiores possibilidades das pessoas tornarem-se difíceis no ambiente profissional, não encontramos diferenças significantes entre os grupos dos que trabalhavam e dos que não. Mas, vale levantar a importância de um novo estudo, que investigue a qualidade das relações interpessoais das pessoas com deficiência, no trabalho.

#### 6.4.4 Para o Fator **Auto-eficácia**

Embora pudéssemos supor que o fator **Auto-eficácia** deveria estar melhor desenvolvido nos participantes que estavam trabalhando, devido à maior exposição a situações, aumentando a chance de vivenciarem experiências bem sucedidas, o resultado nesta amostra não confirmou esta hipótese. Não encontramos diferenças nos resultados dos participantes dos grupos que trabalhavam e que não trabalhavam, indicando que a dificuldade em confiar nas próprias habilidades de obter êxito permanecem, independentemente da decisão ou da experiência de trabalhar. (gráfico 62)

#### 6.4.5 Para o Fator **Alcançar Pessoas**

No fator Alcançar Pessoas, embora os testes estatísticos não tenham indicado diferenças significantes, os resultados apontaram para uma maior concentração de respostas Abaixo da Média entre os participantes que não trabalhavam, suscitando a importância de num futuro estudo explorar a relação entre estes dois eventos. (gráfico 63)

O que observamos é que embora toda amostra tenha apresentado dificuldade na capacidade de se expor e em formar fortes redes de apoio social, esta apareceu com mais frequência entre os que não estavam trabalhando.

#### 6.4.6 Para o Fator **Empatia**

Os resultados encontrados para o fator **Empatia** indicaram que a amostra estava dividida entre aqueles em que estes aspectos estavam adequadamente desenvolvidos e aqueles em que poderiam se desenvolver melhor. Vale ressaltar que no grupo dos que não trabalhavam, encontramos uma maior concentração de participantes com respostas Abaixo da Média do que no grupo dos que trabalhavam e, inversamente, no grupo dos que trabalhavam, tivemos uma maior concentração de participantes com respostas dentro da Média (gráfico 61).

Esses resultados sugerem que trabalhar pode influenciar o desenvolvimento da habilidade de reconhecer e expressar as próprias emoções de forma adequada, ou de identificar e utilizar a emoção dos outros para reorientar o próprio comportamento.

## 6.5 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS FATORES DE RESILIÊNCIA ENTRE OS QUE VOLTARAM E OS QUE NÃO VOLTARAM A ESTUDAR

Quando comparamos os resultados obtidos no Questionário de Resiliência, o teste estatístico Mann-Whitney registrou diferença significativa para os fatores **Empatia**, **Auto-Eficácia** e **Alcançar Pessoas**, entre os que voltaram a estudar e os que não voltaram (tabela 64). Este dado nos permite supor que a atitude de voltar a estudar, representando uma retomada do percurso de vida após a lesão medular, pode estar relacionada com o desenvolvimento das habilidades de estabelecer vínculos de afeto, formando redes sociais de apoio, além da percepção adequada das próprias capacidades e da confiança em conseguir êxito nas ações.

## 6.6 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS FATORES DE RESILIÊNCIA ENTRE OS QUE FAZIAM E OS QUE NÃO FAZIAM ATIVIDADES DE MANUTENÇÃO

Na análise dos resultados para os fatores de Resiliência, o teste estatístico apontou diferença significativa nos fatores **Análise do Ambiente** e **Alcançar Pessoas**, indicando que os que não faziam atividades de manutenção tinham maiores dificuldades. (tabela 65)

Este resultado sugere que os participantes da amostra que não se dedicavam a autocuidados e a atividades de manutenção e prevenção de deformidades, possivelmente tendiam a não aceitar as suas dificuldades, a sentirem-se incapacitados, a evitar situações de exposição e a responsabilizar os outros pelas dificuldades encontradas.

Tais dificuldades podem denotar carência de recursos para o *enfrentamento* da aquisição da deficiência, diminuindo as possibilidades de *adaptação positiva*.

## CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que adquirem uma deficiência física na idade adulta são pessoas que vinham cursando seu processo de desenvolvimento, assumindo papéis sociais, estabelecendo relações interpessoais e profissionais, e passam a ter que lidar com alterações motoras que influenciam todos esses aspectos das suas vidas.

O estudo da aquisição de uma deficiência física, sob o enfoque psicossomático, pressupõe a compreensão de que este é um evento vivenciado pela pessoa no plano físico/corporal e, também, nos planos psíquico e social.

As alterações produzidas pela lesão medular, e mais especificamente pela paraplegia, podem interferir nas atividades de vida diária e no curso do desenvolvimento pessoal de quem a adquire. A maneira como as pessoas lidam com essas alterações e interferências depende de aspectos objetivos e subjetivos que esta pesquisa pretendeu estudar.

O retorno ao mercado de trabalho foi um dentre os diversos desafios enfrentados por esses adultos que mereceu atenção neste trabalho.

Além da relevância do tema sob o enfoque da pessoa com deficiência, o atual e crescente movimento pela inclusão social também ressalta a importância de pesquisas sobre o assunto.

Este trabalho consistiu em uma pesquisa sobre as características sócio-demográficas, os fatores de resiliência e dos aspectos psicológicos de pessoas com lesão medular. Além disso, pretendeu comparar esses elementos entre os grupos de pessoas da amostra que estavam inseridas e as que não estavam no mercado de trabalho. Visou assim, levantar elementos que possam ter influenciado os participantes, que estavam em condições funcionais de exercer atividade laboral, a entrar ou não no mercado de trabalho.

Para alcançarmos estes objetivos selecionamos uma amostra composta de 30 pessoas com lesão medular que estavam trabalhando e 30 que não estavam. Aplicamos o Questionário de Dados Sócio-demográficos e o “Questionário de Resiliência Adultos Reivch-Shatté/Barbosa” e a partir da discussão dos resultados, pudemos identificar as características e aspectos da amostra que nos propusemos a investigar, bem como compará-los entre os grupos dos que estavam trabalhando e dos que não estavam.

Os resultados deste estudo forneceram informações que podem ser importantes para a compreensão dos processos psicológicos, sociais e sobre as condições em que acontece a inclusão de pessoas com deficiências no mercado de trabalho.

A partir dos resultados do Questionário de Dados Sócio-demográficos, atendemos o primeiro objetivo deste trabalho de caracterizar a amostra estudada. E encontramos que a predominância de participantes do sexo masculino na amostra, em idade de intensa atividade laborativa, com relevante participação na composição da renda familiar, confirmaram a importância do estudo sobre a empregabilidade e da inclusão profissional de pessoas com lesão medular. Estes dados foram condizentes com os apresentados na literatura.

Os resultados da amostra para o nível de escolaridade foram diferentes dos apresentados na literatura. A maior parte da amostra tinha escolaridade alta, tendo a maioria concluído o Ensino Médio e um grupo menor estava cursando ou havia concluído o Nível Superior. Entretanto, os dados apontaram para uma tendência de que o nível escolar influenciou o retorno ao mercado de trabalho.

Chamou a atenção o fato de que uma minoria da amostra dedicou-se a cursos de capacitação após a aquisição da lesão medular, sugerindo a importância de programas que promovam a formação escolar e a qualificação profissional dessas pessoas.

A forma da aquisição da lesão medular não foi identificada como um fator que influenciou a inserção no mercado de trabalho. Foi apontada apenas uma discreta tendência em que os que tiveram a lesão por ferimento por arma de fogo estavam em maior concentração entre os que não trabalhavam.

O que nos pareceu relevante e condizente com os dados apresentados nos estudos epidemiológicos da literatura nacional diz respeito ao alto índice de ferimento por arma de fogo como causa da lesão medular. Este dado nos remete aos problemas sociais do nosso país, sugerindo a importância e a urgência de estudos que investiguem os fatores envolvidos no cenário atual, tão marcado pela violência.

Outros estudos poderiam investigar a relação dos eventos de violência, causadores de deficiências, com o impacto emocional e o aumento das dificuldades para a retomada do desenvolvimento pessoal.

Os resultados indicaram que, mesmo entre os que estavam trabalhando, a maioria recebia algum tipo de benefício previdenciário. Outro dado complementar, diz respeito ao fato da maioria dos que estavam trabalhando exercerem atividades autônomas, sem contrato CLT, sugerindo a importância de futuros estudos sobre os fatores relacionados a esta situação. Valeria investigar a hipótese de que as pessoas com deficiência tendem a trabalhar com outros contratos, que não o CLT, em função da dificuldade de se inserir no mercado formal de trabalho.

Quanto ao objetivo de levantar os aspectos psicológicos da amostra, encontramos alguns dados que pareceram importantes.

O fato de terem que lidar com a dificuldade de manterem os papéis sociais, seja temporária ou permanentemente, parece representar um fator de *risco*, que interfere no desenvolvimento pessoal. Um exemplo disso foi encontrado nesta pesquisa, quando os resultados apontaram que, entre os participantes que estavam trabalhando, a maioria tinha uma atividade diferente da exercida antes da lesão medular. Este dado nos remete à questão da identidade profissional que, na maioria dos casos, precisou ser reconstituída ou adaptada, ilustrando a vivência de uma ruptura da *persona*. Essa ruptura pode ser experienciada como uma ameaça à integridade da personalidade, ou como uma oportunidade de desenvolvimento de novos potenciais.

Foi foco deste trabalho a questão do retorno das pessoas com lesão medular ao trabalho, tanto na perspectiva social e de como está o processo da inclusão, como na perspectiva do desenvolvimento pessoal. Nesta última, tomamos o retorno ao trabalho como uma forma de retomada do caminho do desenvolvimento pessoal, uma vez que, na nossa sociedade, espera-se que pessoas com as características desta amostra estejam exercendo atividades de trabalho remunerado. Adquirir uma deficiência e assumir atividades laborativas exige um processo resiliente por envolver a necessidade do *enfrentamento* a possíveis situações adversas e a capacidade de *adaptação positiva*, incluindo a vivência de transformações e crescimento pessoal.

Os resultados apontaram que, além do retorno ao trabalho, voltar a estudar, também, pode representar uma retomada do processo de desenvolvimento pessoal. Esta hipótese é sustentada pela indicação de diferenças significantes obtidas na comparação entre os que voltaram a estudar e os que não, para os fatores **Empatia**, **Auto-eficácia** e **Alcançar Pessoas**. Estes resultados sugerem que os participantes que voltaram a estudar tenham bem desenvolvidas as habilidades de estabelecer vínculos de afeto, formar fortes redes sociais de apoio, perceber adequadamente as próprias capacidades e confiar na capacidade de conseguir êxito nas ações, sendo estas, características importantes para o processo de resiliência.

Nos resultados da amostra estudada, dentre as dificuldades para trabalhar apontadas por quem não estava trabalhando, encontramos fatores que estavam relacionados com a dificuldade de construção de uma identidade profissional que fosse condizente com as limitações motoras e com a acessibilidade no transporte.

Vimos, por meio dos dados obtidos, que as limitações físicas e as barreiras arquitetônicas e atitudinais constituem-se como fatores de *risco*, comprometendo as possibilidades de ação e participação dessas pessoas.

Um dos dados levantados nesta pesquisa que permitiu a compreensão dos processos psicológicos vivenciados pelos participantes da amostra, diz respeito à busca pelo suporte social, que se apresenta como um *fator de proteção* utilizado pela expressiva maioria deles. Entre os participantes que estavam trabalhando, a sociabilidade e a frequência com que se dedicavam às atividades de lazer estavam discretamente mais presente do que entre os que não estavam trabalhando, sugerindo que trabalhar pode ser um fator de melhora da qualidade de vida e ter um efeito positivo no *enfrentamento* de situações adversas.

Os resultados da amostra para os fatores de resiliência, também, nos permitiram compreender os processos psicológicos das pessoas com lesão medular diante da aquisição desta deficiência física, atendendo aos objetivos a que nos propusemos. Quanto ao objetivo de compararmos os fatores de resiliência entre os grupos dos que trabalhavam e não trabalhavam, não foram encontradas diferenças significantes. Contudo, pudemos identificar discretas diferenças que serão apresentadas a seguir.

Os dados encontrados, para os fatores **Otimismo** e **Análise do Ambiente**, apontaram que os participantes da amostra tinham uma percepção realista e contextualizada diante de situações adversas e mantinham uma postura otimista e esperançosa, sugerindo que se utilizavam de recursos como a racionalização para a enfrentarem situações difíceis.

O uso de mecanismos de defesa como a racionalização podem ser úteis para a manutenção da integridade psíquica em momentos de maior vulnerabilidade, entretanto, seu uso exagerado pode dificultar a possibilidade de lidarem com as próprias limitações e aprenderem com elas.

Da comparação dos resultados entre os grupos dos que estavam trabalhando e dos que não estavam, poderíamos sugerir o desenvolvimento de estudos que avaliem se a tendência de antecipar eventos negativos ou se a visão fantasiosa do futuro podem interferir na decisão sobre retornar ao trabalho. Valeria à pena explorar, também, se as características do mercado de trabalho atual favorecem a absorção de profissionais que não confiem na própria habilidade de enfrentar adversidades.

Os resultados da amostra, para os fatores **Controle dos Impulsos** e **Administração das Emoções**, foram condizentes com a hipótese de que os participantes fazem um uso excessivo de mecanismos de defesa, com repressão exagerada sobre os impulsos. Tornam-se assim, mais susceptíveis e vulneráveis frente a emoções e afetos, sem conseguir se utilizar

adequadamente da habilidade egóica de mediar a elaboração de impulsos e a sua satisfação, de forma alternativa.

Como característica da amostra, notamos que a habilidade em buscar apoio social pareceu não estar, necessariamente, relacionada com a habilidade de reconhecerem as próprias emoções e de expressá-las de maneira adequada.

Os resultados encontrados para o fator **Alcançar Pessoas** indicaram, como característica da amostra, a dificuldade de exporem-se e em formarem redes de apoio social baseadas em relações de forte vinculação afetiva.

Encontramos, neste estudo, diferenças significantes para os fatores **Análise do Ambiente** e **Alcançar Pessoas**, quando comparamos os participantes que faziam e que não faziam atividades de manutenção. Este resultado sugere que aqueles que se dedicavam aos autocuidados, possivelmente, tendiam a ter um bom nível de aceitação das suas dificuldades, a reconhecer suas habilidades e potenciais, a conseguir se expor e a responsabilizarem-se tanto pelos êxitos obtidos, quanto pelas falhas, sem responsabilizar os outros pelas dificuldades encontradas.

Tais características parecem apontar para o fato de que aqueles que possuíam recursos para o *enfrentamento* de adversidades e para a *adaptação positiva*, conseguiram manter uma boa auto-estima diante da aquisição da deficiência física.

Para o Fator **Auto-eficácia**, os resultados apontaram que a amostra era caracterizada por não confiar nas próprias capacidades de obtenção de sucesso na realização de tarefas. Uma hipótese que merece maiores estudos está relacionada com as especificidades relacionadas à mobilidade reduzida, o que pode influenciar negativamente a confiança na capacidade de realização de atividades.

Futuros estudos poderiam contribuir para uma melhor compreensão do processo de desenvolvimento da **Auto-eficácia** em pessoas com lesão medular. No presente estudo, podemos apenas ressaltar a importância das equipes de reabilitação atentarem para esta questão e oferecerem a estas pessoas orientações práticas, treinos e reflexões sobre a importância de adotarem uma postura flexível diante de suas expectativas. Estas devem ser revistas, de forma que se adequem à sua nova situação, sem que isso seja compreendido como um fracasso, mas como uma oportunidade de transformação.

É importante alertarmos, também, para a importância das políticas públicas atentarem para a questão da acessibilidade, o que certamente influencia nas possibilidades de execução de atividades por pessoas com mobilidade reduzida.

A habilidade de identificar a emoção dos outros e de reconhecer e expressar as próprias emoções foi mensurada na amostra pelo fator **Empatia**. Os resultados apontaram que, no grupo dos que não trabalhavam, havia uma maior concentração de participantes com dificuldades nestas habilidades do que no grupo dos que trabalhavam, sugerindo que trabalhar pode influenciar o desenvolvimento da empatia.

Estes resultados sugerem a importância de que outros estudos investiguem se as pessoas com o fator **Empatia** melhor desenvolvido estão mais disponíveis para a procura de uma colocação no mercado de trabalho, ou se o fato de terem entrado no mercado favoreceu o desenvolvimento dessas habilidades.

Para as equipes de reabilitação e outros grupos envolvidos com as pessoas com deficiências e sua inclusão, os dados da pesquisa indicam a importância da oferta de estratégias que desenvolvam os recursos pessoais, incluindo os aspectos psicológicos das pessoas com lesão medular. Também ficaram evidentes as necessidades de atenção no âmbito da acessibilidade e do desenvolvimento de uma cultura que diminua as barreiras atitudinais.

Com relação aos aspectos psicológicos, evidenciou-se a importância do trabalho de percepção e elaboração das emoções vivenciadas diante da aquisição da deficiência, para que haja um melhor *enfrentamento* das adversidades e se constitua num processo resiliente. O desenvolvimento dessas habilidades poderão favorecer que a pessoa com lesão medular retome o seu processo de desenvolvimento pessoal, fazendo as transformações necessárias, aprendendo a lidar com suas limitações e reconhecendo seus potenciais.

Entre os aspectos apontados pelos resultados como influenciadores para o retorno das pessoas da amostra ao mercado de trabalho estavam: a independência para locomoção em meios de transporte e o tempo de lesão medular maior que dois anos.

Estes dados indicam a importância do investimento em acessibilidade dos transportes públicos, o que permitiria maior independência para esta amostra.

Considerando-se que a maior parte da amostra teve a lesão medular há mais de dois anos e que o tempo de lesão influenciou o retorno ao trabalho, podemos identificar a importância do sistema de saúde prestar atendimento a este público com maior brevidade, visando o mais rápido retorno aos papéis sociais e à capacidade de produtividade anteriores.

Os resultados da pesquisa reforçam a indicação de outros autores para a necessidade de ações de prevenção a acidentes e programas sociais para controle da violência, visando diminuir o índice de aquisição de deficiências por lesão medular.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. L. R. et. al.. A Abordagem Psicológica Frente aos Portadores de Hemiplegia, Cap. 10, In Sobrinho, J. B. R.; Battistella, L. R. **Hemiplegia e Reabilitação, Cadernos de Reabilitação da Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP**. Atheneu Editora, RJ e SP, 1992. Pg. 139-149.
- AMARAL, L. A. **Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules**. São Paulo: Robe, 1995.
- AMIRALIAN, M. L. T. M. Desmistificando a Inclusão. **Revista Psicopedagogia**. [S.l.]. 22(67): 59-66, 2005.
- ANDOLFI, M., MENGHI, C. A. P., CORIGLIANO, A. M. N., **Por trás da Máscara Familiar**. Ed. Porto Alegre, 1989.
- ARAÚJO, C. A. de. Novas Idéias em Resiliência. **Revista Hermes**. [S.l.]. n. 11, 85 – 95, 2006.
- ARAÚJO, C. A. A Resiliência. In: SPINELLI, M.R. **Introdução a Psicossomática**. Editora Atheneu, 2009. No prelo
- ARES, M J; CRISTANTE, A R L. Tratamento. In: GREVE, J M D. **Tratado de Medicina e Reabilitação**. São Paulo: Roca, 2007. p. 405-409.
- BARBOSA, G. S. **Resiliência em Professores do ensino Fundamental de 5 a 8 série: Validação e Aplicação do “Questionário do Índice de Resiliência: Adultos Reivich-Shatte / Barbosa”**. Tese de doutorado, pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, defendida em junho de 2006.
- BARBOSA, G. S. Resiliência psicológica e seus sete fatores. **Revista Espiral (ISSN 1678-1643)**, Ano 9-Nº.34 / JAN-FEV-MAR de 2008. Disponível em <http://www.eca.usp.br/nucleos/njr/espiral/>
- BASTOS, A. P. B. Processo de Inclusão dos Portadores de Síndrome de Down. **Revista Psicologia Brasil**. [S.l.] Ano 2, nº. 10, 16-18, junho de 2004.
- BATSHAW, M. L.; PERRET Y. M. **Criança com Deficiência – Uma Orientação Médica**. São Paulo. Editora Maltese, 1990.
- BATTISTELLA, L R. Interfaces da Medicina de Reabilitação com a Medicina do Trabalho e as Ciências Forenses. **Acta Fisiátrica**. São Paulo, 10(2): 52-53, 2003.
- BUSCAGLIA, L. **Os Deficientes e Seus Pais – Um Desafio ao Aconselhamento**. Rio de Janeiro, Record, 1997.

CARAVIELLO, E. Z., et al. “Epidemiologia de Pacientes com Lesão Medular, atendidos no Lar Escola São Francisco - Centro de Reabilitação”, apresentado como **Pôster** no X Congresso da Sociedade Brasileira de Coluna – Costa do Sauípe, Bahia, 12-14 Maio, 2005.

CASALIS, M E P. Lesão Medular. In: TEIXEIRA, E et. al. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, 2003. p. 41-61.

CASALIS, M E P. Quadro Clínico - Exame Neurofisiátrico. In: GREVE, J M D. **Tratado de Medicina e Reabilitação**. São Paulo: Roca, 2007. p. 386-391.

CAVERNY, C. M de O. **A Família Como Modelo: Desconstruindo a Patologia**. Campinas, Livro Pleno, 2001.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia**. Natal, vol. 5, no.1, 2000, Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em 15 de outubro de 2007

CHAMLIAN, T R. **Medicina Física e Reabilitação - Parte 2**. Editor: Caio Augusto de Souza Nery, São Paulo, 1999.

CLEMENTE, C. A. **Trabalho descente: leis mitos e práticas de inclusão**. Osasco, SP: Ed. do Autor, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB N°. 2, de 11 de setembro de 2001. Disponível em: [www.educacaoonline.pro.br/doc\\_resolucao\\_mec\\_num\\_dois.asp](http://www.educacaoonline.pro.br/doc_resolucao_mec_num_dois.asp). Acesso em 21 de fevereiro de 2005

COZBY, P. C. **Métodos de Pesquisa em ciências do comportamento** - São Paulo: Atlas, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3 ed. - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FLASH, F.. **Resiliência a Arte de Ser Flexível**. 1ª Edição, Editora Saraiva. São Paulo - SP, 1991.

GOLDBRUNNER, J. **Individuação: a psicologia de Carl Gustav Jung**, São Paulo, Heider, 1961. pp. 138-167.

GOMES, M. D. M.. Cliente com epilepsia em um centro de reabilitação profissional brasileiro. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. [S.l.] 2000, 58(2A): 227-232. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 15 de outubro de 2007.

GRANERO, L. H. C. M.; BOTELHO, L. A. A. Reabilitação na Lesão Medular. In: CHAMLIAN, T R. **Medicina Física e Reabilitação - Parte 2**. Editor: Caio Augusto de Souza Nery, São Paulo, 1999. p.58-76 PEGAR EDITORA

GROTBERG, E. H. Novas Tendências em Resiliência In. Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. **Resiliência – descobrindo as próprias fortalezas**. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

GROTBERG, E. H. The International Resilience Project: Findings from the research and the effectiveness of interventions. In BAIN, B et. al. **The International Resilience Project: Findings from the research and the effectiveness of interventions**, Psychology and Education in the 21<sup>st</sup> Century: Proceedings of the 54<sup>th</sup> Annual Convention of the International Council of Psychologists. Edmonton, ICPress: 118-128, 1997.

GUARINO, P., CHAMLIAN, T. R.; MASIERO, D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. **Acta Fisiátrica**. São Paulo. 2007; 14(2): 100-103

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. O arquétipo do inválido e os limites da cura. Tradução de Glauco Ulson. **Junguiana**, [São Paulo] n.1, V.1, pp. 97-106, 1997. Título original: "The archetype of the invalid and the limits of healing".

JAIME, LR. A Lei de Cotas. **Palestra** ministrada no 19º Fórum Serasa de Empregabilidade. São Paulo. 5 de março de 2008.

JOB, J. R. P. P.. **A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida**. Tese de doutorado, pelo Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

JUNG, C. G. **O Eu e o inconsciente**; tradução Dora Ferreira da Silva. Petrópolis, Vozes, 1987. (Obras completas de C. G. Jung, v.7, t.2). 176p.

JUNG, C. G. **Tipos Psicológicos**; tradução Lucia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis, Vozes, 1971.

JUNG, C. G. **Fundamentos de Psicologia Analítica**. Tradução de Araceli Elman. 3ª ed. Petrópolis, Vozes, 1985a. 200p. (Obras Completas de C.G. Jung; vol. 18/1)

JUNG, C. G. **A Prática da Psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência**. Tradução de Maria Luiza Appy. Petrópolis, Vozes, 1985b. (Obras Completas de C. G. Jung, v. 16, 148p.)

KAFROUNI, R.; PAN, M. A. G. de S.. A inclusão de alunos com necessidades educativas especiais e os impasses frente à capacitação dos profissionais da educação básica: um estudo de caso. **Revista Interação**. [S.l.] 5(5):3-45, jan.-dez., 2001.

KASSAR, M. de C. M..Marcas da história social no discurso de um sujeito: Uma contribuição para a discussão a respeito da constituição social da pessoa com deficiência. **Cadernos CEDES** [S.l.]. 2000, vol. 20, no. 50 [citado 2007-10-15], pp. 41-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em 15 de outubro de 2007.

KOVÁCS, M. J. Deficiência Adquirida e Qualidade de Vida: Possibilidades de Intervenção Psicológica. In. Masine, A. F. S. et. al. **Deficiência: Alternativas de Intervenção**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer, 1984

LIANZA, S, CASALIS, M E P, GREVE, J M D. A Lesão Medular. In: LIANZA, S. **Medicina de Reabilitação**. 4ª ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MARQUES, C. A. et.al. A Década de 1960: a realidade da educação especial no Brasil. **Revista Temas em Desenvolvimento**. [S.l.]11(66):19-26, jan.- fev. 2003.

MASIERO, C.M. T. Inclusão Escolar: na direção de uma evolução social, **Revista Direcional Escolas**, São Paulo, 2006.

MASINE, A. F. S. et. al. **Deficiência: Alternativas de Intervenção**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

MAYER, W. S. Orientação Profissional. In: **1º Seminário do Instituto de Reabilitação**, FMUSP, 26 a 28 de novembro, 1959.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. **Resiliência – descobrindo as próprias fortalezas**. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. MTE, SIT, DEFIT, Brasília, 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **A Lei 8.213/91 e a Inserção do Portador de Deficiência Mental no Trabalho**. Disponível em: <http://minerva.pgt.mpt.gov.br>. Acesso em agosto de 2007.

NARDI, R. G. **Educação Especial: análises quanto ao período integral - Perspectiva Histórica da Deficiência**. Texto ainda não publicado, gentileza concedida pela autora, 2004.

NARDI, R. G. **Ressignificando a educação especial a partir da complexidade e do pensamento sistêmico**. (Tese de Doutorado em Educação: Currículo), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER. University Of Alabama, 2007. Disponível em <http://www.spinalcord.uab.edu/>. Acesso em junho de 2008.

NEDER, M. Psicologia em Reabilitação. In: **1º Seminário do Instituto de Reabilitação**. FMUSP, 26 a 28 de novembro, 1959.

NEDER, M., Mudanças - O Psicólogo no Hospital, **Revista de Psicologia Hospitalar da CAPSI**, [São Paulo] FMUSP, Ano 1, n 1, Jan / Jun 1991.

OLIVEIRA, R. A. Dimensões psicológicas no sujeito com incapacidade física adquirida. In: \_\_\_\_\_ . **Psicologia Clínica e Reabilitação Física**. ISPA, Lisboa, 2001. p. 23-47.

OMS. **Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde - CIF**. Organização Mundial de Saúde, Genebra, 2002.

PASQUARELLI, M. L. R. **Normas para a apresentação de trabalhos acadêmicos [ABNT/NBR-14724]**. 2ª ed.Osasco: [EDIFIEO], 2004. 60p.

PEREIRA, M. E. M. Da S. M.; ARAUJO, T. C. C. F. De . Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular, **Arquivos de Neuropsiquiatria** [S.l.] 2005, 63(2-B):502-507.

PERERA, S. B. **O Complexo de Bode Expiatório - Rumo a uma Mitologia da Sombra e da Culpa**. Editora Cultrix, São Paulo, 1986.

PESCE, R.P. et. al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública** [S.l.]. 2005 Abr.; 21(2): 436-448. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 15 de outubro de 2007.

PESCE, R.P. et. al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia Teoria e Pesquisa** [S.l.]. 2004, vol. 20, no. 2, pp. 135-143. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 15 de outubro de 2007.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1984.

RESENDE, M. C. de ; NERI, A. L. Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física. **Estudos de Psicologia**, Campinas, jun. 2005, vol. 22, no. 2., p.123-131. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?>. Acesso em 15 de outubro de 2007.

RIBAS, J., **Preconceito contra as pessoas com deficiência - As relações que travamos com o mundo**. São Paulo. Ed. Cortez, 2007.

RIVAS, LP, VALLEDOR, MCV. **Guia de Cuidados Del Lesionado Medular**. Hospital Nacional de Parapléjicos, Servicio de Salud Castillo La Mancha (SESCAM), Toledo, Espanha, 2005.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**. Vol. 4, No. 8. 626-631, 1993.

SAAD, M; MASIERO, D; BATTISTELLA, L R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**. São Paulo. 8 (3): 107-112, 2001.

SANFORD, J. A.. A Sombra. In: \_\_\_\_\_ **Mal o Lado Sombrio da Realidade**, São Paulo, Paulinas, 1988. pp. 64-108.

SAUAIA, N. **Psicoterapia de orientação junguiana com foco corporal para grupos de crianças vítimas de violência: promovendo habilidades da resiliência**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, 2003.

SILVA, OM. **A epopéia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje**. São Paulo: CEDAS, 1987.

STAAS JR, W E; FORMAL, C S; FREEDMAN, M K; FRIED, G W, READ, M E S. Lesões Medulares e Tratamento Médico nas Lesões Medulares. In: DELISA, J A .**Tratado de**

**Medicina e Reabilitação - Princípios e Prática** . Tradução de Mônica de B. R, Cilento. 1. ed. brasileira. São Paulo, 2002. p. 1325- 1351.

TANAKA, E. D. O.; MANZINI, E. J. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência? **Revista Brasileira de Educação Especial** [S.l.]. 2005, vol. 11, no. 2, pp. 273-294. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 15 de outubro de 2007

TIMBÓ, N. V.; GONÇALVES, J. M. S. **Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos: baseado em normas vigentes da ABNT NBR 6023, 6027, 6028, 10520, 14724**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, s.d. Disponível em: < <http://www.metodista.br/biblioteca/normas-para-a-elaboracao-e-apresentacao-de-trabalhos-academicos-2007>>. Acesso em: 10 out. 2007.

VALL, J., BRAGA, V. A. B., ALMEIDA, P.C.De. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo. v.64 n. 2b, June, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 12 de Abril de 2008. 451-455

VALLEDOR, M C, Epidemiología de la lesión medular espinal. In: RIVAS, L P; VALLEDOR, M C. **Guía de Cuidados del Lesionado Medular** - Hospital Nacional de Parapléjicos, Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Toledo, 2005. p. 21-23

VASH, C. L. **Enfrentando a Deficiência**. São Paulo, Pioneira, 1988.

WAHBA, L. Plasticidade Neuronal e Recursos Criativos da Reabilitação. **Anais do IV Congresso Latinoamericano de Psicologia Junguiana**, Punta Deleste, Uruguai, 2006.

WITHMONT, Edward C. “A Sombra”. In: \_\_\_\_\_ **A Busca do Símbolo - Conceitos Básicos de Psicologia Analítica**, São Paulo, Cultrix, 1969. pp. 144-152.

**ANEXOS**

ANEXO A - Questionário dos Dados Sócio-demográficos.

### QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

<b>Data:</b> ____/____/____		<b>Local:</b>		<b>Pesquisador:</b>	
<b>I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>Nome:</b>					
<b>Sexo:</b>		1 -( ) Masculino		2 -( ) Feminino	
<b>Data Nascimento:</b>			<b>Idade:</b>		
<b>Local de Nascimento:</b>		<b>UF:</b>		<b>Local de Residência:</b>	
<b>Escolaridade:</b>		1 -( ) Superior (C) (NC)		2 -( ) Ensino Médio	
[indique se concluiu (C) ou não concluiu (NC)]		Qual? _____		(C) (NC)	
		3 -( ) Ensino Fundamental (C) (NC)		4 -( ) Alfabetizado informalmente	
<b>Você voltou a estudar depois da lesão?</b>					
1 -( ) Escola regular		Nível: _____			
2 -( ) Curso Superior		Qual? _____			
3 -( ) Cursos de capacitação para o trabalho		Quais? _____			
<b>II - CONSTITUIÇÃO FAMILIAR</b>					
<b>Estado Civil:</b>		1 -( ) Solteiro		2 -( ) Casado	
		4 -( ) Divorciado		5 -( ) Viúvo	
				3 -( ) Separado	
				6 -( ) Comunhão Estável	
<b>Se solteiro, você namora?</b>		1 -( ) Sim		2 -( ) Não	
<b>Filhos:</b>		1 -( ) Sim		2 -( ) Não	
<b>Quantos Filhos?</b> _____					
<b>Vive com:</b>		1 -( ) Pais		2 -( ) Cônjuge	
		4 -( ) Outros Familiares		3 -( ) Cônjuge e Filhos	
				5 -( ) Amigos	
				6 -( ) Sozinho	
<b>Recebe Benefício Previdenciário?</b>		1 -( ) Sim		2 -( ) Não	
		Valor: _____			
<b>Tipo de benefício:</b>		1 -( ) LOAS		2 -( ) Auxílio Doença	
		4 -( ) Aposentadoria por tempo de serviço		3 -( ) Aposentadoria por invalidez	
				5 -( ) Aposentadoria por idade	

<b>Fonte de Renda da Família:</b>	1 - ( ) Seu salário	2 - ( ) Seu Benefício Previdenciário
<b>(indique todas as fontes)</b>	3 - ( ) Salário do Cônjuge	4 - ( ) Salário de familiares
	5 - ( ) Ajuda de outros	
<b>III - INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO</b>		
<b>Lesão Medular adquirida por:</b>	1 - ( ) doença	2 - ( ) queda
	3 - ( ) acidente com veículo	
4 - ( ) ferimento por arma de fogo	5 - ( ) ferimento por arma branca	6 - ( ) outros: _____
<b>Nível da Lesão:</b>	1 - ( ) Cervical	2 - ( ) Torácica
	3 - ( ) Lombar	4 - ( ) Sacral
		Vértebra: _____
<b>Tempo de Lesão:</b>	1 - ( ) Seis meses	2 - ( ) Um ano
	3 - ( ) Dois anos	4 - ( ) Mais de dois anos
<b>Fez algum programa de reabilitação?</b>	1 - ( ) Sim	Até quando? _____
<b>Faz atividades para manutenção ?</b>	1 - ( ) Sim	Quais? _____
	2 - ( ) Não	2 - ( ) Não
<b>IV - INDEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>		
<b>Você se alimenta com:</b>		
1 - ( ) Independência total		
2 - ( ) Semi-independência (Com ajuda de adaptação, de outra pessoa, com tempo maior)		
3 - ( ) Dependência de outras pessoas		
<b>Você se veste com:</b>		
1 - ( ) Independência total		
2 - ( ) Semi-independência (Com ajuda de adaptação, de outra pessoa, com tempo maior)		
3 - ( ) Dependência de outras pessoas		
<b>Você toma banho com:</b>		
1 - ( ) Independência total		
2 - ( ) Semi-independência (Com ajuda de adaptação, de outra pessoa, com tempo maior)		
3 - ( ) Dependência de outras pessoas		
<b>Você faz a higiene pessoal (escovar dentes, fazer a barba, higiene íntima) com:</b>		
1 - ( ) Independência total		
2 - ( ) Semi-independência (Com ajuda de adaptação, de outra pessoa, com tempo maior)		
3 - ( ) Dependência de outras pessoas		
<b>Usa cadeira de rodas para locomoção comunitária (externa à residência) ?</b>		



ANEXO B - Questionário de Resiliência: Adultos Reivich – Shatté / Barbosa.

"Questionário do Índice de Resiliência: Adultos - REIVICH - SHATTÉ / BARBOSA" - [Aplicador: \_\_\_\_\_]

Levantamento Sociodemográfico - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ 1 - Sexo  
 1- ( ) Masculino  2- ( ) Feminino

2 - Escolaridade:  
 1- ( ) 1ª a 4ª série  2- ( ) 5ª a 8ª série  3- ( ) 1º a 3º colegial  4- ( ) superior  5- ( ) pós graduação

3 - Em que Estado você nasceu: \_\_\_\_\_

4 - Idade  1- ( ) 18 a 28  2- ( ) 29 a 39  3- ( ) 40 a 49  4- ( ) 50 a 60  5- ( ) acima

5 - Cidade onde mora: \_\_\_\_\_ 6 - Estado: \_\_\_\_\_

7 - Você é:  1- ( ) solteiro(a)  2- ( ) casado(a)  3- ( ) divorciado(a)  4- ( ) viúvo(a)

8 - Religião:  1- ( ) católico(a)  2- ( ) espírita  3- ( ) evangélico(a)  4- ( ) outra

9. Qual foi até hoje a doença, acidente ou situação de conseqüências mais graves que você já viveu:

Quando aconteceu:  1- ( ) Até 6 anos  2- ( ) 7 - 12  3- ( ) 13 - 17  4- ( ) 18 - 28  
 5- ( ) 29 - 39  6- ( ) 40 - 49  7- ( ) 50 - 60  8- ( ) acima

Quanto tempo durou aproximadamente:

1- ( ) alguns dias  2- ( ) semanas  3- ( ) meses  4- ( ) 1 ano  5- ( ) acima

10 Marque qual a pessoa que mais o ajudou a vencer na vida, a superar dificuldades pessoais, escolares, doenças / acidentes, etc.

1- ( ) Pai  2- ( ) Mãe  3- ( ) Avô (ó)  4- ( ) Esposo(a)  5- Amigo(a)  
 6- ( ) Outro Quem: \_\_\_\_\_

11-Você lê ou fala um outro idioma, além do português:  1- ( ) Sim  2- ( ) Não

Responda as questões abaixo com a primeira resposta que vier à sua cabeça:

**Exemplo:** Eu costumo pensar em como está minha saúde.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre .

Não perca muito tempo em nenhum dos itens; você deve demorar cerca de 30 minutos no total.

**Marque com um X a opção que for verdadeira para você.**

1. Quando tento resolver um problema, eu acredito nos meus impulsos e escolho a primeira solução que me ocorre.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

2. Mesmo que eu pense antes sobre como ter uma discussão com meus amigos, meus pais, meus professores ou meu ambiente de trabalho, eu ainda me vejo agindo de maneira “descontrolada”.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

3. Eu me preocupo com o futuro da minha saúde.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

4. Eu consigo afastar qualquer coisa que me distraia de minhas tarefas.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

5. Se a minha primeira solução não funcionar, eu sou capaz de recuar e continuar tentando diferentes soluções até achar uma que funcione para resolver o problema.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

6. Eu sou curioso(a).

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

7. Eu me vejo com pouca capacidade de aproveitar as emoções de maneira positiva, e com isso dar mais atenção as minhas tarefas.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

8. Eu sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

9. Eu prefiro fazer algo no qual eu me sinto confiante e relaxado(a) a algo que é desafiador e difícil.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

10. Eu identifico as emoções que as pessoas estão expressando, quando olho para seus rostos.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

11. Eu penso em desistir quando as coisas começam a dar errado.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

12. Quando surge um problema penso em várias soluções possíveis antes de tentar resolvê-lo.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

13. Posso controlar o modo como me comporto quando estou diante de um problema.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

14. O que outras pessoas pensam ao meu respeito, influenciam o meu modo de agir.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

15. Quando ocorre um problema, eu estou atento aos primeiros pensamentos que surgem na minha cabeça sobre ele.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

16. Eu me sinto mais à vontade em situações onde eu não sou o(a) único(a) responsável.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

17. Eu prefiro situações nas quais eu possa depender mais da habilidade de uma outra pessoa, a depender, da minha própria habilidade.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

18. Eu acho melhor acreditar que os problemas são controláveis, mesmo que nem sempre isso seja verdade.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

19. Quando surge um problema, eu penso cuidadosamente no que causou este problema, antes de tentar resolvê-lo.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

20. Eu tenho dúvidas quanto a minha habilidade em resolver problemas em casa, na escola, na rua ou no trabalho.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

21. Eu não perco tempo pensando em coisas que estão fora do meu controle.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

22. Eu gosto de fazer tarefas rotineiras, simples, que não mudam.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

23. Eu sou levado (a) pelas minhas emoções.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

24. É difícil para eu entender como as pessoas estão e como elas se sentem.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

25. Eu identifico bem o que eu estou pensando e entendo como isso afeta o meu jeito de ser.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

26. Se alguém faz algo que me deixa chateado(a), eu sou capaz de esperar o momento certo, em que eu esteja mais calmo(a), para então discutir.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

27. Quando alguém tem uma reação descontrolada diante de um problema, simplesmente eu penso que deve estar de mau humor naquele dia.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

28. Eu espero fazer bem a maioria das coisas.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

29. As pessoas freqüentemente me procuram para ajudá-las a resolver problemas.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

30. Eu me sinto perdido (a) quando tento entender as reações das pessoas.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

31. Minhas emoções afetam minha capacidade de manter a atenção no que precisa ser feito em casa, na escola ou no trabalho.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

32. Trabalhar duro sempre compensa.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

33. Depois de terminar uma tarefa, eu me preocupo se alguém irá fazer comentários negativos.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

34. Se alguém está triste, zangado, ou com dificuldades, eu imagino o que ele ou ela possa estar pensando.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

35. Eu não gosto de novos desafios.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

36. Não me planejo antecipadamente para as minhas atividades, como: o trabalho, a escola ou meus gastos com dinheiro.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

37. Se um colega está chateado, eu tenho quase certeza do porque.

*Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre*

38. Eu prefiro fazer as coisas na hora que planejá-las com antecedência, mesmo sabendo que isto não é o melhor.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

39. Eu acredito que muito dos problemas são causados por razões, que estão fora do meu controle.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

40. Eu vejo os desafios como uma forma de aprender e me desenvolver.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

41. Dizem que interpreto mal eventos e situações.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

42. Se alguém está sentindo raiva de mim, eu escuto o que ele(a) tem a dizer antes de eu reagir.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

43. Quando me pedem para pensar em meu futuro, eu acho difícil imaginar-me tendo sucesso.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

44. Dizem que eu pulo para as conclusões quando surgem problemas.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

45. Eu me sinto desconfortável quando encontro pessoas que não conheço.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

46. Eu me distraio facilmente na leitura de um livro ou assistindo um filme.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

47. Eu acredito no velho ditado, "melhor prevenir do que remediar".

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

48. Na maioria das situações, eu acredito que percebo bem as verdadeiras causas dos problemas.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

49. Eu acredito ter boa capacidade para enfrentar as coisas e reajo bem à maioria dos desafios.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

50. Meus amigos mais próximos ou mais queridos me dizem que eu não os entendo.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

51. Eu me sinto mais à vontade em minha rotina diária.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

52. Eu acho importante resolver um problema o mais rápido possível, mesmo que isto signifique sacrificar o entendimento total do problema.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) alguma vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

53. Quando aparece uma situação difícil, eu sei que me sairei bem.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

54. Meus colegas e amigos me dizem que eu não escuto o que eles me falam.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

55. Se eu decido que quero algo, saio e compro imediatamente.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

56. Quando discuto um assunto difícil com um colega ou alguém da minha família, eu sou capaz de controlar minhas emoções.

Quando essa afirmação é verdadeira: 1 ( ) nunca 2 ( ) algumas vezes 3 ( ) quase sempre 4 ( ) sempre

“Questionário do Índice de Resiliência: Adultos - REIVICH - SHATTÉ / BARBOSA”  
Original de Karen Reivich e Andrew Shatté (2002)  
Adaptação e Validação de George S. Barbosa (2006)

ANEXO C - Autorização dos centros de reabilitação para compor a amostra da pesquisa.

São Paulo, 2 de abril de 2007.

À Dra. Therezinha Rosane Chamlian - Diretora Técnica do LESF,

Como é de seu conhecimento, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa para a conclusão do curso de Mestrado em Psicologia Clínica, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e solicito a sua autorização para a coleta de dados com os pacientes do LESF.

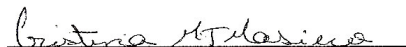
Segue, em anexo, o projeto intitulado: "Fatores de Resiliência em Pessoas com Lesão Medular, que estão inseridas no mercado de trabalho. Uma abordagem Psicossomática", para seu conhecimento e acompanhamento do método de coleta de dados.

Este projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética na PUC-SP, conforme cópia anexada.

Estou à disposição para os esclarecimentos necessários.

Aguardo suas orientações sobre como proceder para obter a sua autorização.

Atenciosamente,



Cristina Martins Torres Masiero

CRP 06/48403-6

*Creto,  
autorizo realização  
da pesquisa no  
LESF.*

  
02/04/07



São Paulo, 18 de abril de 2007.

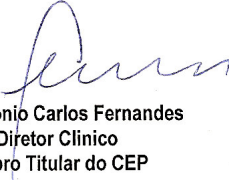
À  
Cristina Martins Torres Masiero

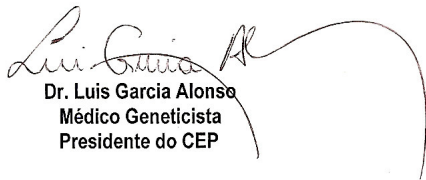
Prezada Cristina

Em atenção a sua solicitação, a AACD resolveu autorizar a realização de coleta de dados, de acordo com o mérito do descrito, para a realização do trabalho "Fatores de Resistência em Pessoas com Lesão Medular que Estão Inseridas no Mercado de Trabalho: Uma Abordagem Psicossomática".

A Instituição solicita ser citada no projeto de mestrado futura publicação referente a este assunto como entidade que contribuiu para a realização desse estudo.

Atenciosamente

  
Dr. Antonio Carlos Fernandes  
Diretor Clínico  
Membro Titular do CEP

  
Dr. Luis Garcia Alonso  
Médico Geneticista  
Presidente do CEP

  
Ciente: Cristina Martins Torres Masiero

08/05/2007  
Data

5.000 atendimentos/dia em 2005, nas 07 unidades: SP(Ibirapuera, Mooca e Osasco), Pernambuco, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE  
CENTRO DE REABILITAÇÃO DR. RENATO DA COSTA BOMFIM

Considerada de Utilidade Pública Lei Estadual, 2091 de 27.12.52 - Decreto Federal nº 1.325 de 30.08.62 - Decreto Municipal nº 19.265 de 25.11.83  
Rua Borges Lagoa, 1505 - São Paulo - SP - 04038-004 - www.aacd.org.br - PABX: (11) 5576-0777 - Fax: (11) 5576-0871

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**NÚCLEO: PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)

**I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade nº: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**II- DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

Título do protocolo de pesquisa: “FATORES DE RESILIÊNCIA EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR, QUE ESTÃO INSERIDAS NO MERCADO DE TRABALHO. UMA ABORDAGEM PSICOSSOMÁTICA.”

Pesquisadora: Cristina Martins Torres Masiero

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional nº: 06/48403-6

Avaliação de Risco da Pesquisa:

( X ) SEM RISCO ( ) RISCO BAIXO ( ) RISCO MÉDIO

**III- REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como título: “Fatores de Resiliência em Pessoas com Lesão Medular, que Estão Inseridas no Mercado De Trabalho. Uma Abordagem Psicossomática.”

Essa pesquisa está sendo realizada para avaliar os fatores de resiliência em pessoas com deficiência física e possibilitar formas de promoção da mesma.

Para coleta de dados serão utilizados 02 (dois) instrumentos:

- Questionário com informações sócio-demográficas;
- Questionário de Resiliência;

Através do estudo de suas respostas, junto com as de outros participantes, poderemos compreender os fatores de resiliência e procurar auxiliá-lo, ministrando palestras que permitam o entendimento da resiliência e que o auxiliem a desenvolver estes fatores. Os resultados da pesquisa serão utilizados para a defesa de tese de Mestrado da pesquisadora e para futura publicação de um artigo sobre o tema pesquisado. Seu nome jamais será divulgado.

**IV – ESCLARECIMENTOS DADAS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:**

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas.
2. Liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

**V – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO CASO NECESSITE**

Pesquisadora: Cristina Martins Torres Masiero

Endereço: Rua dos Açores, 310 Bairro: Jardim Luzitânia

Telefone: 5904-8049

**VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis aos participantes, a qualquer momento, bastando para tanto, contatar a pesquisadora e agendar data e horário.

**VII – CONSENTIMENTO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

ANEXO E - Parecer positivo, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP**

**Protocolo de Pesquisa Nº 030/2007**

**Programa de Estudos Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP**

**Orientador(a): Profa. Dra. Mathilde Neder**

**Autor(a): Cristina Martins Torres Masiero**

**Parecer sobre o Projeto de Mestrado intitulado *Fatores de resiliência em pessoas com lesão medular, que estão inseridas no mercado de trabalho: uma abordagem psicossomática***

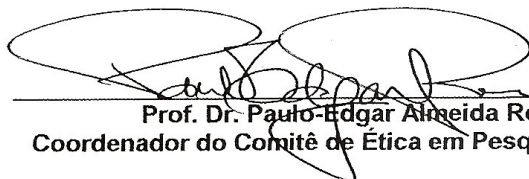
Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Face ao parecer consubstanciado elaborado pelo Sr. Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, o parecer do Comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 26 de março de 2007.



**Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende**  
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP**

Rua Ministro de Godoy, 969 – Sala 63-C – Bairro Perdizes – CEP 05015-001  
Tel.: (0xx11) 36708466 - FAX (0xx11) 36708466 - e-mail: cometica@pucsp.br