

# PUC

LEILA GUIMARÃES DE CASTILHO

A ANÁLISE DO CARÁTER COMO TÉCNICA  
DE DIAGNÓSTICO NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, fevereiro de 1982

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Marquês de São Vicente, 225 - CEP 22453

Rio de Janeiro — Brasil

**N.Cham. 150 C352 TESE UC**

**Título A análise do carater como tecnica de diagnostico na reabil**



Ex.2 PUCB

0114174

BC - PUG

DOAÇÃO

LEILA GUIMARÃES DE CASTILHO

RT 2049

A ANÁLISE DO CARÁTER COMO TÉCNICA  
DE DIAGNÓSTICO NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador : Monique Augras

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, fevereiro de 1982

77956



150  
C352  
TESE UC  
ex 2

BT-2049-1  
ex 2

RES:

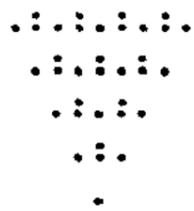
"In Memoriam"

JOAQUIM GUIMARÃES  
e  
LUIZ CLÁUDIO DE CASTILHO

O primeiro, amputado, exemplo de  
coragem e auto-reabilitação; o se-  
gundo, professor e cientista: meus  
queridos avôs.

- MEUS AGRADECIMENTOS -

- à Dra. Monique Rose Aimée Augras, presença constante e amiga desde os meus primeiros passos em psicologia, pela atenção sem limites, confiança e espírito crítico com que me orientou neste trabalho;
- 2 - ao Dr. Silas Simões de Assis, Diretor do Centro de Reabilitação Profissional do INPS em Juiz de Fora, aos seus técnicos e funcionários;
- 3 - aos trabalhadores brasileiros que passaram pela Reabilitação Profissional;
- 4 - às professoras Esther Frankel (RJ) e Maria Aparecida Farage Lacerda (JF), pela disponibilidade e gentileza em colaborar neste trabalho;
- 5 - à CAPES, pelo apoio financeiro durante o curso;
- 6 - ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ



## RESUMO

O assunto visa a uma compreensão do comportamento reativo de pessoas que adquiriram algum tipo de limitação física.

Uma explicação mais ampla para o funcionamento adaptativo do ser humano, tanto em nível físico quanto psicológico, pode ser encontrada nas bases da teoria bioenergética, que mostra como a dinâmica da estrutura corporal revela um tipo de estrutura de caráter.

O esquema corporal se organiza em torno de padrões estabelecidos desde as primeiras experiências na infância, formando o caráter do indivíduo e explicitando seu modo de ser no mundo. Uma lesão física na vida adulta obriga a uma retomada do processo de organização corporal, provocando uma nova expressão da realidade pessoal.

Uma seqüela pequena é considerada menos grave em termos fisiológicos, mas o significado para o seu portador é variado; pode acentuar uma realidade interior já existente, quando a limitação se localiza numa área de baixo fluxo de energia e pode realizar um corte profundo na interação do sujeito com o mundo, quando a limitação se localiza numa região de alta concentração energética.

Pelo estudo da relação entre o tipo de limitação física e as estruturas de caráter de indivíduos em processo de reabilitação é possível chegar a um diagnóstico e propor técnicas terapêuticas alternativas na Reabilitação Profissional.

## ABSTRACT

The subject leads to the understanding of the responsive behavior of people who suffered some kind of physical handicap.

A broad explanation for the adaptation of the human being, either in the physical or psychological level, can be found in the basis of bioenergetics, which shows how the physical dynamics of body structure reveals a type of character structure.

The body outline is built upon patterns that have been settled since the early experiences in childhood, creating the individual character and expressing his way of being in the world. A physical break in adult life makes one rebuild his own body, bringing up a new expression of his reality.

A small damage is considered a minor handicap in physiological terms, but has a different meaning for each person: it can either emphasize an inner sensitivity, when the handicap is located in a point where the energy is withdrawn or can be a deep break in the interaction of an individual and his world, when the handicap is located in a point of high energetic level.

Studying the relation between the kind of physical handicap and the character structure of people in process of rehabilitation, it is possible to reach a diagnostic as well as an alternative proposal of therapeutic techniques in the field of professional rehabilitation.

## S U M Á R I O

	<u>Página</u>
1 - INTRODUÇÃO .....	1
2 - O ATENDIMENTO EM CENTROS DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL...	4
3 - A REALIDADE DO DEFICIENTE FÍSICO, NUMA VISÃO PSICOSSOCIAL	12
4 - A LINGUAGEM DO CORPO.....	19
4.1 - Conceitos Fundamentais da Teoria Bioenergética	19
4.2 - Representação Energética da Estrutura Corporal	26
4.3 - A Estrutura do Caráter Esquizóide .....	28
4.4 - A Estrutura do Caráter Oral .....	30
4.5 - A Estrutura do Caráter Psicopático .....	32
4.6 - A Estrutura do Caráter Masoquista .....	34
4.7 - A Estrutura do Caráter Rígido .....	36
5 - A OBSERVAÇÃO DE CAMPO .....	39
5.1 - Objetivo e Hipóteses de Trabalho .....	39
5.2 - Procedimentos .....	39
5.3 - Resultados .....	41
6 - AVALIAÇÃO .....	51
7 - CONCLUSÕES .....	53
ANEXO 1 .....	58
ANEXO 2 .....	59
ANEXO 3 .....	62
ANEXO 4 .....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64

## 1 - INTRODUÇÃO

A deficiência física é algo muito mais amplo do que aquilo que se encontra nas estatísticas e um fenômeno muito mais comum do que se pensa. Cada pessoa é incapacitada, individualmente, em sua própria categoria. Desde problemas simples, como a diminuição da acuidade visual ou incapacidade de articular palavras e sons corretamente, até defeitos maiores na conformidade física causados, por exemplo, pela subnutrição.

Quando se pensa, com justa preocupação, na taxa de mortalidade de infantil dos países subdesenvolvidos, dever-se-ia lembrar, também, que muitas das crianças que sobrevivem estão fadadas a se tornarem deficientes. A extrema pobreza acelera o risco de incapacidade e agrava suas conseqüências. Cada criança que vive numa área rural de um país em desenvolvimento está sujeita a sofrer 5 a 10 vezes mais episódios de doença do que uma criança de um país industrializado.

Conforme Noticiário da Reabilitação Profissional (1980), o Rehabilitation International Support Program afirma que existem mais de 500 milhões de pessoas que vivem atualmente com alguma incapacidade física ou mental, sendo que mais de 350 milhões de deficientes do mundo inteiro encontram-se atualmente sem nenhum auxílio. Segundo a mesma fonte, a não ser que sejam tomadas providências efetivas de prevenção, no ano 2.000 haverá um acréscimo de mais 100 milhões de pessoas incapacitadas em todo o mundo - um quadro humano que não se justifica em face dos recursos oferecidos pela tecnologia atual.

As despesas gerais da Previdência Social com a manutenção da reabilitação profissional no Brasil somaram, em 1978, 42 milhões de cruzeiros e, 1979, 67 milhões. Durante esse ano, foram concedidas 2.614 próteses e órteses, acarretando gastos superiores a 16 milhões de cruzeiros. Foram recursos empregados no atendimento de 18.371 pessoas, em 1978, e 19.567 pessoas durante o ano de 1979, pelos 18 Centros de Reabilitação Profissional do país.

Esses gastos foram compensados pelo retorno à força de trabalho de 10.194 segurados incapacitados, apenas no ano de 1979, sendo que 3.778 voltaram à mesma atividade e 6.416 a atividade diversa. Este resultado correspondeu a um aumento de quase 2% em relação aos reabilitados de 1978 e representou mais um estímulo para a reabilitação.

Durante o ano de 1979, somente em Juiz de Fora, foram reabilitados 159 trabalhadores, sendo que 124 retornaram à mesma atividade e 35 retornaram ao trabalho em atividade diversa. Esses clientes reabilitados constituíram 83% da população que cumpriu o programa de tratamento no Centro de Reabilitação Profissional de Juiz de Fora, naquele ano.

Em 1980, o índice de reabilitação foi ainda melhor, tendo retornado ao trabalho 171 segurados, sendo que 143 para a mesma atividade e 28 para atividade diversa. Foram considerados sem condições de retorno à atividade 10 clientes e apenas 3 foram desligados por abandono ou recusa ao tratamento (B.E.R.P. - 1981).

Em 1981, a última estatística mostra que, em Juiz de Fora, 215 trabalhadores retornaram às suas atividades na mesma função e outros 33 em funções diferentes. Apenas 5 foram considerados sem possibilidade de retorno à atividade remunerada e 14 foram desligados por recusa ou abandono, o que, mais uma vez, confirma a tendência positiva dos índices de reabilitação profissional.

Os números acima refletem o resultado quantitativo obtido a partir do investimento do governo federal e do empenho dos profissionais ligados à área de reabilitação. O alcance qualitativo desse trabalho é, entretanto, enorme e difícil de ser medido, pois para cada indivíduo reabilitado há um núcleo familiar que se beneficia com a recuperação de um de seus membros, ao mesmo tempo em que se evita o incremento de segmentos marginalizados da sociedade.

A atuação de psicólogos nos programas de reabilitação da Previdência Social, no Brasil, é recente. A contribuição da psicologia

nesse campo vem se definindo e se impondo, retirando subsídios da prática e adaptando seus métodos próprios às circunstâncias e limitações institucionais. As diretrizes para a atuação do psicólogo do INPS são vagas e estão atualmente sofrendo reformulações. Há, entretanto, incentivo à atividade científica, através dos Centros de Estudos e Pesquisas, e receptividade muito grande a propostas, sugestões e debates em torno do atendimento ao reabilitando.

É objetivo da Previdência Social, como Órgão mantenedor, expandir os índices de reintegração na força de trabalho. É dever dos profissionais da reabilitação pugnar pela maior eficácia do tratamento, aprimorando suas técnicas, adequando-as à realidade brasileira, realizando efetivamente um processo de recuperação e desenvolvimento do indivíduo no seu todo, em plano físico, psíquico e sócio-profissionalizante.

Nesse quadro, justifica-se plenamente a busca de conhecimentos para melhor compreensão dos problemas emocionais dos incapacitados físicos - posto que tais problemas sempre interferem no processo de reabilitação. A partir do conhecimento mais objetivo do significado do esquema corporal de cada indivíduo, será possível traçar as técnicas terapêuticas mais adequadas, com a pretensão de obter resultados positivos em menor tempo.

.....

.....

.....

.....

..

.

## 2 - O ATENDIMENTO EM CENTROS DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

O interesse pelos problemas que envolvem as pessoas portadoras de alguma limitação física surgiu a partir da experiência pessoal no trabalho diário com reabilitandos, que permite constatar a cada instante as dificuldades surgidas no processo de reabilitação.

Durante o primeiro semestre de 1980, foi realizada uma pesquisa exploratória junto a segurados do INPS que sofreram algum tipo de acidente, seja no trabalho ou fora dele, ocasionando uma limitação na capacidade física. Nessa pesquisa, a representação de vários aspectos da vida do acidentado foi expressa em termos da vivência temporal, percepção do mundo que o cerca, as relações interpessoais e a visão que tem de si mesmo. Ficou constatado que as queixas e problemas emocionais não acompanham o maior ou menor grau de lesão de que o indivíduo é portador. O trabalhador brasileiro amparado pela Previdência Social, em geral, não faz aquilo que gosta, sente-se aleijado, abandonado, convive em um mundo hostil onde a solidão e a doença são freqüentes e tem a sua família e o seu trabalho como pontos de referência.

Uma das conclusões importantes surgidas na pesquisa exploratória é o fato de não se perceber exatamente qual é o significado do trabalho para esse tipo de indivíduo, carente e acidentado. É descrito como parte do cotidiano; mas, resumiria o seu próprio mundo, abrangendo as relações pessoais, a inserção cultural, o lazer, a saúde? É o trabalho apenas um meio de subsistência indiferenciado ou haveria também um nível de realização pessoal que não está sendo explicitado por razões que, por enquanto, são desconhecidas?

A grande maioria de pessoas atendidas em Centros de Reabilitação Profissional é constituída de trabalhadores não qualificados, de baixa instrução, oriundos principalmente do setor de construção civil ou também ajudantes em fábricas; alguns com pequenas qualificações, como operadores de máquinas industriais e motoristas. Evidentemente, para esses indivíduos qualquer dano físico que envolva perda de força

muscular representa, no mínimo, limitação da sua capacidade de trabalho na profissão, já que esta se baseia fundamentalmente em movimentos firmes e destreza dos membros superiores e inferiores, bem como da visão.

Mesmo para indivíduos cujas atividades são consideradas mais leves, como bancários, comerciários, auxiliares de escritório e outros, a diminuição da capacidade física acarreta menor eficiência no trabalho, pelo menos durante o período de reorganização da imagem corporal. Relatos espontâneos de pessoas em reabilitação podem explicar melhor esse fato:

"Me atrapalha muito essa perna boba, sem poder andar direito. Eu trabalho normalmente sentada, como caixa de loja, mas não é só isso. Sempre tenho que me levantar para pegar alguma coisa que falta, buscar troco, atender a um freguês que chama, procurar as fichas de crédito. Se, a cada vez, for chamar alguém para me ajudar, atrapalho o serviço dos outros".  
(M.I.L., comerciária, hemiplegia esquerda).

"Meu dedo esbarra em tudo, esbarra na mesa, esbarra nas coisas que eu seguro".  
(W.B., auxiliar de escritório, rigidez do dedo mínimo da mão direita).

Observa-se que mesmo que a necessidade prática do membro lesado não seja fundamental para a profissão, a limitação é suficiente para incomodar seu portador a ponto de o impedir de realizar plenamente suas funções, colocando-o em desvantagem frente a seus colegas de trabalho.

A irreversibilidade de uma lesão, como no caso das amputações, modifica substancialmente a atitude do indivíduo frente a sua própria recuperação. O amputado não precisa explicar aos demais que está "incapacitado" pois esta é uma dedução óbvia para quem o vê, guiado pelo senso comum. Na observação clínica, o mais freqüente é encontramos o indivíduo amputado tentando se valorizar, demonstrando suas habilidades e apresentando um esforço de recuperação para sua vida diária muito maior do que ocorre nos menos lesados. Nos relatos espontâneos de todos os reabilitandos observados, o uso da palavra "aleijado" referindo-se a si mesmo partiu, na grande maioria, de indivíduos com limitação de movimentos, mas não amputados. A necessidade de afirmação da

incapacidade é predominante justamente nas pessoas onde esta incapacidade não se evidencia tão claramente. Afora as características de personalidade de cada um, ocorre de modo geral, nos menos lesados, tendência à exacerbação dos sintomas, maiores reivindicações, explicações constantes de que "ainda não está bom", possivelmente pelo medo de não serem compreendidos.

É possível, e até mesmo provável, que o reconhecimento social da lesão grave torne o grande amputado aparentemente mais tratável, isto é, ele se mostra um indivíduo condescendente, razoável e até agradecido aos que o ajudam. Frequentemente, os portadores de lesões mais graves são os que assumem a iniciativa de conversar e incentivar os de menor limitação, oferecendo-lhes apoio e transmitindo sua experiência. Mas essa atitude de aceitação facilmente se rompe quando a pessoa esbarra nos limites da realidade. Há um ponto em que a ajuda cessa e o cliente passa imediatamente a hostilizar aqueles a quem antes estava agradecido. Esta maneira de reagir é bastante clara e inevitável em situações comuns no processo de reabilitação, como as que se segue:

- a)- Recebimento da prótese:

- próteses com defeito;
- próteses que não se ajustam confortavelmente ao coto;
- pouca funcionalidade da prótese, se esta é comparada ao membro que foi substituído;
- novo desequilíbrio no esquema corporal;
- pouca estética da prótese.

- b)- Não aposentadoria pelo acidente.

- c)- Treinamento profissional:

- o sujeito passa de uma atitude bastante passiva à ativa e com responsabilidades frente à Empresa que o está treinando e ao INPS.

Não é suficiente, entretanto, generalizar o comportamento dos indivíduos em reabilitação a partir de algumas características comuns observadas em cada tipo de lesão. A frequência estatística de certos comportamentos conduziria a algumas constatações, porém o principal interesse deste estudo é buscar o significado psicológico da limitação física dentro do modo pessoal como ele se revela para cada indivíduo.

Esta pesquisa teve seu trabalho de campo desenvolvido no Centro de Reabilitação Profissional do INPS em Juiz de Fora, Órgão que possui instalações físicas adequadas, sala para entrevistas, local para observação dos clientes, arquivos organizados com registros e prontuários individuais aos quais o pesquisador teve acesso, inclusive por já ser psicólogo do corpo profissional da Instituição.

O C.R.P. de Juiz de Fora atende a várias localidades periféricas: fazem parte da sua zona de influência 16 (dezesesseis) Agências da Previdência Social, o que significa uma cobertura a 138 (cento e trinta e oito) Municípios circunvizinhos. O Centro mantém capacidade de atendimento a 120 (cento e vinte) clientes por dia, em tratamento intensivo e diário nas áreas física e sócio-profissional (vide fluxograma, anexo 1).

O cliente, segurado da Previdência Social, é oriundo de Órgãos encaminhantes do INPS (Perícia Médica e Setor de Acidente do Trabalho). Inicialmente é registrado e submetido a uma avaliação realizada pela Assistente Social e pelo Médico. É levantada sua vida profissional, vínculos empregatícios, habilidades, situação familiar, condições de habitação, renda e despesas. A Assistente Social indaga, também, sobre as preocupações atuais do cliente, suas aspirações e procura avaliar o interesse e motivação do mesmo em retornar ao trabalho. No exame médico são verificadas as condições de saúde do segurado, situação da lesão física ou limitação de que é portador, e é determinada a capacidade residual laborativa. Os dois profissionais - médico e assistente social - fazem a Reunião de Avaliação Inicial (R.A.I.) e concluem pela elegibilidade ou não do segurado para o programa de reabilitação.

Durante a avaliação inicial o psicólogo também pode ser solicitado a opinar, principalmente se há suspeitas de algum comprometimento de ordem psíquica. As suspeitas via de regra se baseiam em história de internação psiquiátrica e comportamento atual excessivamente agressivo ou excessivamente apático. O psicólogo entrevista o cliente e utiliza técnicas de avaliação (testes ou outras técnicas) com o objetivo de perceber seu posicionamento frente ao mundo, nível intelectual, equilíbrio emocional, resistências e dificuldades na aceita

ção de sua condição física. Estabelece um prognóstico quanto à possibilidade de reabilitação profissional e fornece à equipe técnica dados que possam facilitar o tratamento e recuperação de seu cliente.

De um modo geral, "problemas psicológicos" não impedem um trabalhador de ser admitido no C.R.P. de Juiz de Fora. Existem alguns critérios que orientam a qualificação de segurados ao programa de reabilitação:

- a)- idade até 45 anos, para os casos de troca de função;
- b)- possibilidade de, após o tratamento, retornar à atividade que exercia;
- c)- possibilidade de retornar ao trabalho exercendo uma nova função, caso a seqüela não permita o exercício pleno da atividade anterior;
- d)- possibilidade de absorção pelo mercado de trabalho da cidade de origem.

Entende-se por "qualificado" o cliente que apresenta condições fisiológicas, psicológicas e sociais, que assegurem o êxito do programa a curto ou médio prazo, ou seja, um máximo de 180 ou 240 dias úteis, respectivamente.

Esses critérios não são absolutamente rígidos, mas orientam a equipe interprofissional a dedicar seus esforços àqueles elementos que tenham condições mínimas de recuperação para a atividade laborativa. Isso porque o investimento do INPS em Centros de Reabilitação Profissional é considerado muito grande, e apenas tem sua viabilidade garantida à medida em que se cumpra o objetivo de devolver à força de trabalho todos aqueles indivíduos que ainda têm potencial para tanto, diminuindo, em consequência, o ônus previdenciário.

Uma vez qualificado, é traçado um programa de reabilitação para o segurado e este é encaminhado ao seu tratamento nas áreas para médica, psicossocial e profissional.

A Equipe de Reabilitação é formada por profissionais responsáveis pelo tratamento físico, psicológico e acompanhamento sócio-profissional do cliente. No C.R.P. de Juiz de Fora, no presente momento, cada Equipe interprofissional constitui-se de um médico, três assistentes sociais, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um psicólogo e um coordenador técnico. Existem também Setores de

apoio, como o de Enfermagem e o Serviço de Órtese e Prótese, ambos ligados à área paramédica, a Oficina de Reabilitação, e o Serviço de Pesquisa e Mercado de Trabalho (SPMT), que são vinculados à parte profissionalizante.

Ocorre semanalmente a "Reunião de Reavaliação", feita por todos os membros da Equipe, onde são discutidos os casos em programa. O psicólogo emite sua opinião e também recebe dos demais técnicos subsídios sobre o desenvolvimento do seu cliente.

Salvo em casos excepcionais, é nessa reunião que a Equipe de Reabilitação decide o encaminhamento do cliente ao psicólogo. Há uma flexibilidade muito grande para o encaminhamento e para o atendimento. As últimas diretrizes para atuação do psicólogo na Reabilitação Profissional prevêm que devem ser encaminhados ao Setor de Psicologia:

- a)- casos de amputados;
- b)- casos de analfabetos para avaliação de nível mental;
- c)- casos de problemática emocional interferindo no programa.

No C.R.P. de Juiz de Fora, considera-se também como importante a solicitação espontânea do cliente para seu encaminhamento ao atendimento psicológico.

A Secretaria de Bem Estar da Previdência Social publicou, em meados da década de 70, as "Normas da Reabilitação Profissional", que definem de modo amplo os objetivos da atuação de cada técnico.

Acerca do psicólogo, o documento diz o seguinte:

"O Psicólogo é o profissional que opera na esfera psíquica do cliente, atuando de forma a levá-lo a compreender melhor a si mesmo, seu ambiente e a relação existente entre ambos. Durante todo o trabalho que desenvolve com o reabilitando, deve o Psicólogo ver o cliente como pessoa única e individual, com direito ao desenvolvimento de si mesmo, à realização pessoal, à auto-direção e como ser responsável pela adoção de decisões e respectivas consequências. Deve estar consciente de que o cliente enriquecerá sua personalidade e obterá realização pessoal se tiver oportunidade de experimentar um relacionamento fundamentado na aceitação. ...

Em se tratando de pessoas sem maiores dificuldades emocionais e fisicamente íntegras, tal intento é atingido de modo razoável. No entanto, quando se trata de incapacitados como os que se destinam aos Centros de Reabilitação Profissional, o problema se torna mais complexo, uma vez que se trata de levá-los a aceitar a própria limitação, a fim de prepará-los para uma nova experiência profissional ou mesmo para a simples retomada de sua posição anterior". (s/d : 17).

Quanto às atividades com o cliente, espera-se do psicólogo o seguinte:

- "1. Avaliação psicológica objetivando o estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico em termos de reabilitação profissional.
- "2. Tratamento objetivando ajudar o cliente a desenvolver potencialidades, para a sua integração à nova situação de retorno ao trabalho". (s/d : 18).

Para o primeiro item - avaliação - são sugeridos recursos técnicos tais como a entrevista e testes psicológicos. Cita o documento que "o propósito fundamental deste diagnóstico é permitir ao psicólogo uma compreensão global do reabilitando e o significado de suas dificuldades". E para o segundo item - tratamento - dizem as normas: "Nos casos em que há problemática emocional interferindo na volta ao trabalho, realiza tratamento de apoio individual ou em grupo. ... Cabe ao psicólogo eleger o tipo de atendimento que melhor se adapte às características do reabilitando. O psicólogo acompanha o tratamento em outras áreas (T.O., E.B., Oficina) e oferece subsídios quanto ao tratamento social".

As diretrizes são realmente muito genéricas e, na prática, o psicólogo decide que técnicas vai utilizar e qual a melhor maneira de realizar o seu trabalho. Geralmente acompanha o caso junto com a Equipe, fazendo aconselhamento, psicoterapia individual e em grupo. No entanto, há limitações para sua atuação, pois esta deve estar sempre bem sincronizada com as demais áreas para não haver interrupção no tratamento.

Apesar de ser tecnicamente possível, é geralmente desaconselhável optar por um modelo de psicoterapia mais tradicional, seguindo o ritmo de aprofundamento do cliente. Um tratamento prolongado cria

um hábito de inatividade e vínculos afetivos que dificultam o retor  
no ao trabalho. Assim, o esforço de toda a Equipe é no sentido de  
minimizar a dependência e preparar o cliente para um desligamento a  
curto prazo. Deve o psicólogo estar atento ao compromisso de tempo  
para não frustrar a expectativa de um processo psicoterápico mais am  
plo.

Por todas essas razões, é necessário cada vez mais buscar as  
técnicas de psicoterapia breve, assim como encontrar meios de formu  
lar um diagnóstico objetivo, realista, prescindindo do uso de testes  
mais sofisticados. Em suma, o trabalho prático em reabilitação pro  
fissional exige do psicólogo uma adequação às circunstâncias, mesmo  
que esse profissional venha a se sentir limitado por não poder pro  
porcionar ao cliente toda a ajuda que seria desejável.

.....

.....

.....

....

..

.

3 - A REALIDADE DO DEFICIENTE FÍSICO NUMA VISÃO PSICOSSOCIAL

Pouco se tem escrito sobre reabilitação de incapacitados físicos, mormente aqui no Brasil, onde essa área é ainda principiante. As pesquisas dentro do contexto brasileiro são raras, e os estudos dos quais temos tomado conhecimento no campo da psicologia se prendem, até agora, a um enfoque psicanalítico e a uma análise dos sentimentos manifestos e subjacentes do indivíduo reabilitando.

A contribuição da psicóloga Maria Helena Novaes em seu livro "Psicologia Aplicada à Reabilitação" (1975) enfatiza os aspectos de tratamento de incapacitados em geral, partindo de uma compreensão de seus sentimentos possíveis e atitudes correspondentes. Assim é, também, ainda que em menor escala, o trabalho de Leopoldo Alves Teixeira, médico do Centro de Reabilitação Profissional do Distrito Federal, que tenta levar a equipe interprofissional a refletir sobre os aspectos psicológicos envolvidos na relação terapêutica equipe-reabilitando.

Existe ainda o estudo de Jussara Lins, psicóloga do Centro de Reabilitação Profissional de Porto Alegre, sobre as "características psicológicas do amputado", onde a autora descreve traços de personalidade e suas reações correspondentes:

"Ao reconhecer sua perda o indivíduo passa a um período de tristeza e entra na fase de reorganização. Agora o paciente é outra pessoa e a tarefa básica do reajustamento é a reorganização interior. Suas capacidades e habilidades, sua posição social, suas aspirações e interesses devem reunir-se numa nova imagem do eu e do novo esquema corporal. Seu reajustamento não pode avançar se o indivíduo não puder aceitar esta nova imagem. As pessoas enfrentam com maior ou menor dificuldade esta fase de reajustamento dependendo da estrutura prévia de sua personalidade". (Lins, s/d)

Como base das suas observações a autora descreve os tipos de personalidade encontrados na prática clínica: indivíduos que tendem a fechar-se em si mesmos; indivíduos com alterações de humor entre a euforia e depressão; personalidades do tipo paranóide; personalidades emocionalmente instáveis; passivo-dependentes; passivo-agressivos, obsessivos-compulsivos, desvios psicopáticos, hipocondríacos. É uma abordagem inspirada nitidamente na psiquiatria clássica, pressupondo-se

que uma parte amputada do corpo causa frustração igual em qualquer indivíduo, mas desencadeia reações típicas da patologia da sua personalidade.

Por outro lado, encontramos na sociologia algumas observações objetivas sobre a situação do deficiente no mundo, em termos de estigma e identidade social. Estigma pode ser considerado "um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo" (Goffman, 1975:13), embora se encontre frequentemente o uso desse termo com referência apenas a um "atributo profundamente depreciativo". (Goffman, 1975:13)

A observação de Erving Goffman sobre pessoas com atributos estigmatizadores revela um aspecto importante: é possível que o estigma - no caso, uma limitação física - se torne um escudo interceptador das obrigações e responsabilidades da vida normal. O indivíduo, muitas vezes, se apóia na sua condição de estigmatizado, aceitando toda a carga de significados que acompanha as palavras "deficiente", "aleijado", "incapacitado", e outras, para se justificar de uma insegurança, de um mau desempenho ou de outros problemas próprios de sua personalidade.

Em se tratando de incapacidades congênitas nem sempre a pessoa compreende que todos os seus fracassos e dificuldades emocionais não derivam da sua condição "inferior". Muitas vezes o indivíduo simplesmente não está preparado para lidar com as situações de vida sem o apoio de uma "desvantagem".

"A pessoa com um atributo diferencial vergonhoso pode romper com aquilo que é chamado de realidade, e tentar obstinadamente empregar uma interpretação não convencional do caráter de sua identidade social.

A criatura estigmatizada usará, provavelmente, o seu estigma para "ganhos secundários", como desculpa pelo fracasso a que chegou por outras razões". (Goffman, 1975:20)

Goffman cita em vários trechos de seu livro (1975) que quando é possível a um indivíduo corrigir aquilo que considera a base objetiva de seu defeito ou estigma (através de cirurgias ou reabilitação) ele pode se tornar mais vulnerável. Ao se livrar do estigma, a pessoa perde, em grande parte, seu poder reivindicatório, assim como certos privilégios e condescendência que recebia em função de suas limitações.

Do ponto-de-vista psicológico, entretanto, é preciso compreender que a reversibilidade de uma condição estigmatizante produz comporta

mentos diversos, dependendo das motivações, maturidade emocional e experiências de cada um.

Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro pelo psicólogo José Augusto Dela Coleta traz uma contribuição da psicologia social, através da teoria de atribuição de causalidade, para o entendimento da posição em que se coloca o indivíduo deficiente, frente ao seu problema.

"A teoria de atribuição consiste numa série de postulados que visam explicar como e porque o homem percebe a origem da ocorrência dos eventos no mundo, a que credita a causalidade dos fatos em dadas circunstâncias, e como explica as coisas que acontecem consigo e seus semelhantes". (Dela Coleta, 32(1):95)

Esse estudo mostra a possibilidade de identificar-se, com base na teoria de atribuição, alguns aspectos dos comportamentos reativos de indivíduos acidentados do trabalho e deficientes físicos entre outros. Apesar de ser uma abordagem restrita ao campo da psicologia social, traduz aspectos por vezes negligenciados pelos psicólogos que se dedicam ao tratamento clínico, além de ter o especial valor de referir-se a um segmento da realidade brasileira. Por se tratar de um trabalho de pesquisa bastante recente, até a presente data não foi possível encontrar a publicação dos últimos resultados.

Maria Helena Novaes, com sua experiência em reabilitação, salienta que "o significado psicológico da doença para os pacientes é muito variável, podendo cada um percebê-la de maneiras diversas". (Novaes, 1975 :27) São sempre lembrados os fatores culturais e fatores sócio-econômicos como variáveis importantes a interferir na percepção que o indivíduo tem de sua situação de vida e conseqüente ajustamento à nova realidade:

"Assim, a doença pode ser considerada como uma nova imposição que se soma às imposições existentes na vida quotidiana do indivíduo e, certamente, constitui-se numa preocupação econômica. Decorre daí o fato de que a um mais baixo nível sócio-econômico corresponde maior tolerância à enfermidade física ou mental!" (1975:28)

A preocupação econômica real é, talvez, o que alguns autores e profissionais da reabilitação chamam de "neurose de renda", que corresponde a atitudes de simulação ou exacerbação da incapacidade com o objetivo de conseguir lucros materiais, tais como benefícios previdenciários e indenização.

Existem, também, as conotações sociais com referência às diversas incapacidades: há lesões percebidas coletivamente como vergonhosas, ao passo que outras mais graves, quanto ao grau de incapacidade, são socialmente aceitas e, dependendo das circunstâncias, até valorizadas, aumentando o "status" de seu portador. Este, entretanto, é um campo de investigação que não se deve prender demasiadamente ao fator social.

A formação da imagem corporal e reconstrução da auto-imagem têm influência marcante no processo de aceitação e adaptação que uma pessoa vai desenvolver face a uma limitação física adquirida.

Paul Schilder, em seu livro "A Imagem do Corpo" (1981), aponta diversas vezes que a posição normal do corpo está profundamente gravada em nossa mente. Segundo Schilder, vários experimentos comprovam esta afirmativa (Schilder, 1981:74 - 75). Em relação ao desenvolvimento da imagem corporal, são apresentadas várias hipóteses:

"Aparentemente, dois fatores têm participação especial na criação da imagem corporal. Um é a dor, e outro o controle motor dos membros". (1981:93)

"Como a experiência visual tem imensa participação em nossa relação com o mundo, também possui papel preponderante na formação da imagem corporal. Mas a experiência visual também é vivenciada através da ação. Através de ações e determinações, damos a forma final a nosso eu corporal.

... Provavelmente, o desenvolvimento do esquema corporal se dá, em grande parte, paralelamente ao desenvolvimento sensorio-motor". (1981:94)

O fenômeno da dor representa um papel importante na percepção do corpo. Existe a base fisiológica da dor, mas seus efeitos sobre a percepção são difíceis de serem descritos objetivamente.

"Não há dúvida de que o sistema cortical não é o único a se conectar com a sensibilidade à dor. Bender e Schilder observaram um aumento desta sensibilidade em alcoólatras com profunda turvação da consciência. Parece que o aparelho somático da consciência tem uma função protetora e que, quando este é danificado, há um aumento na reação à dor, pois apesar desta ter um aparelho subcortical, conecta-se com as atividades corticais. Mesmo quando há uma turvação da consciência, a atividade cortical não se esgota inteiramente, tendo-se a impressão de que a dor invade o corpo inteiro". (1981:93)

Schilder adotou também alguns postulados freudianos para tentar explicar as diversas reações à dor, salientando a possibilidade de que esta sensação tenha um significado erótico especial para o indivíduo.

"Um dos problemas importantes ainda não resolvidos é a existência de imensas diferenças individuais na sensibilidade à dor. Ainda não sabemos o quanto estas se baseiam em diferenças anatómicas ou em diferentes atividades adquiridas nas primeiras experiências.

... Não há dúvida de que a dor psicogênica tem uma base orgânica, mas, acima de tudo, tem um significado que utiliza uma parte determinada da imagem corporal para expressar suas tendências libidinais". (1981 : 139)

Seguindo esse caminho, Schilder procurou mostrar, assim como Freud (1914), que a dor tem um elemento narcisista e é capaz de provocar regressão. O terreno psicanalítico, embora útil para um embasamento geral do problema, não é suficientemente frutífero em relação à compreensão do significado do esquema corporal e da perda física.

Encontramos nas colocações de Maria Helena Novaes uma abertura para o aspecto simbólico e significados pessoais que não são, necessariamente, vinculados à patologia. A imagem corporal pode estar diretamente ligada à formação do autoconceito:

"Na formação do autoconceito entram associações simbólicas e irracionais ligadas ao comportamento mental e à imagem corporal, que vão se modificando de acordo com novas experiências. Assim, uma pessoa pode desenvolver mais os músculos, outra preocupa-se mais com as mãos, com o rosto ou com os olhos, nariz ou boca". (Novaes, 1975:33)

Quanto à absorção da limitação física e reorganização do esquema corporal, particularmente no que se refere a indivíduos amputados, a autora tece considerações sobre as peculiaridades de cada caso, assinalando que o ajustamento ao novo estado físico depende em grande parte da capacidade de elaboração da perda, das diferentes atitudes agressiva/passiva, dos sentimentos ligados a palavras que designam a limitação física, e outras circunstâncias. (1975:76)

Um dos problemas importantes vinculados à imagem corporal é o chamado membro-fantasma. Trata-se de um fenômeno que ocorre com frequência em pessoas que se submeteram a uma amputação, cuja característica é a sensação contínua de que o membro amputado permanece em seu lugar.

Paul Schilder considera o "fantasma" como uma das expressões mais claras da existência do modelo postural do corpo.

"No início, o fantasma toma a forma da extremidade perdida mas, no decorrer dos anos, começa a mudar de forma e algumas de suas partes desaparecem. Quando há um fantasma do braço, a mão se aproxima do cotovelo ou, em casos extremos, pode ficar no lugar da amputação". (Schilder, 1981:58)

A presença do membro-fantasma é normalmente transitório, mas quando a sensação e a dor persistem, "passam a constituir-se em problema até mais grave do que a própria amputação". (Novaes, 1975:81)

"Naturalmente, como estão envolvidos concomitantemente fatores psicogênicos, dadas as implicações do esquema corporal, a psicoterapia é também recomendada em tais casos, paralelamente ao tratamento médico". (Novaes, 1975:81)

A psicóloga Maria Helena Novaes (1975) assinala, repetidas vezes, que sentimentos de insegurança, frustração, pessimismo, depressão e desorientação vital são freqüentes entre os indivíduos portadores de limitações físicas, ressaltando, porém, que as reações variam dependendo das circunstâncias que envolvem cada caso. Foi apresentado um aspecto importante com relação ao comportamento das pessoas e a gravidade de sua limitação. Referindo-se aos portadores de desfiguração facial, afirma a autora:

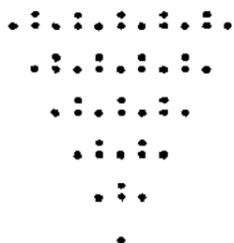
"É interessante observar que a maioria dos indivíduos que vivem reclamando não são os portadores de deformidades mais graves do ponto de vista físico, mas sim do tipo médio, destacando-se, nesses casos, a superposição de quadros neuróticos ou de doenças mentais que interferem em tais comportamentos". (Novaes, 1975:84)

Todavia, não se encontra um relato de pesquisa que comprove a suposição de presença de neurose ou doença mental como justificativa para o comportamento dos menos lesados. Ao contrário, são citados pela mesma autora resultados de pesquisas através de testes projetivos (Abel, Byrt e Weissman) que mostram diferenças nas características de personalidade entre os portadores de lesões graves e de lesões mais leves. Os que são menos atingidos são também menos reprimidos e menos resignados; são inseguros e com tendências a autoconflitos, originando-se daí um comportamento mais reivindicativo. (1975:85)

Este último aspecto não tem merecido a devida atenção dos profissionais que lidam com deficientes físicos. A maneira como a pessoa

encara sua limitação depende de um conjunto de fatores e parece estar li  
gada, entre outras coisas, às necessidades práticas da vida diária, assim  
como à organização do esquema corporal. A postura do corpo, os movimen  
tos, a percepção do espaço pessoal e sua importância como reveladores do  
modo de ser do indivíduo têm sido enfatizados no exercício da psicologia  
atual. "O corpo estabelece o espaço interno, ao mesmo tempo que funcio  
na como elemento de comunicação com o espaço externo. É limite do indi  
víduo e fronteira do meio". (Augras, 1978:42)

Interessa-nos, como psicólogos, saber avaliar esses fatores pa  
ra desenvolver uma atuação terapêutica junto aos reabilitandos, tendo em  
vista harmonizar as expectativas próprias da personalidade de cada um  
com as limitações de seu corpo.



#### 4. - A LINGUAGEM DO CORPO

A busca de uma explicação para o funcionamento adaptativo do ser humano, tanto em nível físico quanto psicológico, fez surgir o encontro com as perspectivas da teoria bioenergética.

A ciência modernamente tem comparado o corpo humano a um conjunto plástico mutável e perfeitamente flexível, tanto em estrutura quanto em funcionamento. No plano físico, verifica-se que músculos e tendões são enrijecidos ou flácidos e que muitas circunstâncias atuam para endurecer ou relaxar o corpo. A forma da estrutura corporal está principalmente determinada pelo sistema nervoso, que comanda o movimento do corpo dentro de seus limites físicos. A ação contínua de determinados músculos e a inatividade de outros conduzem a padrões de postura e atitudes corporais previamente esculpidas pelo sistema nervoso, os quais correspondem a imagens de quem a pessoa é e como o seu corpo se parece. Aquilo que o indivíduo acredita que ele é torna-se uma imagem retida em seu sistema nervoso e que mais tarde se expressará, no corpo, através da ação. Equivale dizer que a pessoa constrói o próprio espaço a partir do limite físico primeiro: o corpo. Em consequência, o indivíduo assume uma postura específica à medida que se habitua a assinalar, nas suas expressões, a idéia que tem de si mesmo e como deseja se relacionar com o mundo.

##### 4.1 - Conceitos Fundamentais da Teoria Bioenergética

A bioenergética foi criada por Alexander Lowen, médico psiquiatra, atualmente diretor executivo do Institute of Bioenergetic Analysis, em Nova Iorque. Como teoria, a bioenergética adota o princípio de que a organização do esquema corporal está estreitamente ligado à mobilização de energia biopsíquica.

Explica o Dr. Lowen:

"A bioenergética é um modo de entender a personalidade em termos do corpo e de seus processos energéticos. Tais processos, como a produção de energia através da respiração e metabolismo e a descarga de energia no movimento, são as funções básicas da vida. A quantidade de energia que uma pessoa tem e como ela usa essa energia determina como ela responde às situações da vida". (Lowen & Lowen, 1977 : 3) (1)

Os conceitos fundamentais da bioenergética basearam-se nas descobertas de Wilhelm Reich (1897-1957) sobre a economia sexual e a formação do caráter.

Wilhelm Reich foi o primeiro a utilizar a observação das tensões musculares como método de tratamento e investigação da personalidade. Afastando-se de sua formação psicanalítica ortodoxa, contribuiu com uma nova dimensão no entendimento dos fenômenos psíquicos ao introduzir os conceitos de energia, couraça muscular e estrutura de caráter. Seus principais livros, "A Função do Orgasmo" (1942) e "Análise do Caráter" (1933), trazem os resultados de seus trabalhos e pesquisas dentro da psicanálise, com o mérito de apontar, pela primeira vez, a identidade funcional entre a tensão muscular e o bloqueio emocional.

A formação do caráter, segundo Reich, assim se explica:

"O caráter consiste numa mudança crônica do Ego que se pode descrever como um endurecimento. Este endurecimento é a base atual para que o modo de reação característico se torne crônico; a sua finalidade é proteger o Ego dos perigos internos e externos. Como uma formação protetora que se tornou crônica, ela merece a designação de "blindagem" porque constitui claramente uma restrição à mobilidade psíquica da personalidade como um todo . . . Contudo, a própria blindagem é considerada flexível. O seu modo de reagir procede sempre de acordo com o princípio do prazer e do desprazer. Em situações de desprazer a blindagem contrai-se; em situações de prazer expande-se. O grau de flexibilidade do caráter, a habilidade de se abrir ao mundo exterior ou fechar-se a ele, dependendo da situação, constitui a diferença entre uma estrutura orientada para a realidade e uma estrutura de carãter neurótico". (Reich, 1979 : 188).

Reich descobriu a existência de uma energia bioelétrica que se relaciona inteiramente com o potencial das funções sexuais. Essa energia difere da carga elétrica comum, mas pode ser percebida na superfície do corpo, conforme mostram seus experimentos relatados em "A Função do Orgasmo":

"A existência de um contínuo campo bioelétrico de excitação entre o centro e a periferia é a única explicação possível para o fato de que a pressão interna se manifeste na pele abdominal. A transmissão de bioenergia não pode limitar-se somente aos tratos nervosos; na verdade segue o caminho de todas as membranas e fluidos do organismo. Isso está bem de acordo com a nossa imagem do organismo como uma bexiga membranosa". (Reich, 1978 : 310).

Ainda segundo esse autor, o corpo está orientado para o prazer. A repressão e os mecanismos neuróticos, embora funcionem como defesas psíquicas eficientes, atuam em sentido contrário, evitando o prazer. Isso é percebido biologicamente pela diminuição de energia em certas áreas do corpo.

"É só o prazer biológico, acompanhado pela sensação de corrente e sensualidade, que produz um aumento na carga bioelétrica. Todas as outras excitações, dor, susto, angústia, pressão, de pressão e aborrecimento são acompanhadas por uma redução da carga de superfície do organismo". (Reich, 1978 : 310).

"A intensidade da sensação de prazer corresponde à quantidade da carga bioelétrica da superfície, e vice-versa. A sensação de 'ser frio' e de 'estar morto', e a 'falta de contato' do paciente psiquiátrico são expressões de uma deficiência da carga bioelétrica na periferia do corpo". (Reich, 1978 : 311).

"A angústia como direção básica oposta à sexualidade coincide com o processo da morte. Não é equivalente à morte, pois a fonte central de energia, o processo de carga, extingue-se na morte. Na angústia, por outro lado, a fonte de energia no centro do organismo é repressada, por causa da retirada da excitação da periferia, criando assim a sensação de constrição". (Reich, 1978 : 312).

As principais proposições de Reich sobre a formação do caráter que nos interessam para a compreensão da bioenergética, extraídas de seu livro "Análise do Caráter", assim podem ser resumidas:

Uma estrutura de caráter se forma a partir de defesas que a pessoa desenvolve para fazer frente a situações de "stress" com as quais não sabe lidar. À medida que a situação de conflito se mantém repetitiva, torna-se antieconômico para o Ego permanecer se defendendo e, portanto, ele tem que se enrijecer. Como o corpo atende a todos os estímulos cerebrais, o sistema muscular recebe o aviso psíquico e forma também o seu padrão de defesa. Em nível corporal, o indivíduo cria uma tensão crônica em determinados pontos, formando aquilo que Reich denominou couraça muscular. A couraça está ligada ao Ego e passa a ser um posicionamento do indivíduo. Cada vez que o Ego precisa se defender do conflito insolúvel, fortalece a couraça, criando-se então um traço de caráter. Os traços vão constituir a estrutura do caráter, que é sempre neurótica. Em termos de terapia reichiana, a couraça corresponde a cicatrizes musculares, que são efetivamente uma pis

ta para se chegar ao núcleo da neurose. Na análise, as situações que fazem aparecer a resistência de caráter são réplicas exatas daquelas situações da infância que mobilizaram a formação caracterológica.

Já em 1931, no artigo "Tipos Libidinais", Freud havia mencionado a importância de se compreender as variações individuais que existem na humanidade, tendo ressaltado também a necessidade de se delimitar quais as características que serviriam de base para a diferenciação.

"Para esse fim, as qualidades físicas indubitavelmente servirão não menos bem do que as mentais; as distinções mais valiosas serão aquelas que prometam apresentar uma combinação regular de características físicas e mentais.

É de duvidar que já nos encontremos em posição de descobrir tipos que atendam a esse requisito, como decerto seremos capazes de fazer mais tarde, sobre alguma base que ainda ignoramos". (Freud, 1931 : 251).

Nesse ponto, Freud antecipou o futuro ao acreditar que seria possível estabelecer correlatos físicos-psíquicos e preparou o terreno para classificações tipológicas que efetivamente se basearam, mais tarde, em tais características.

Partindo de sua concepção de organização da libido, distinguiu três tipos principais, definidos por ele como puramente psicológicos: tipo erótico, tipo narcísico e tipo obsessivo. Esses tipos admitem combinações entre si, abrangendo a gama de variações direcionais da libido e não estão ligados à origem das neuroses.

"Pode-se imediatamente admitir que esses tipos libidinais não precisam ser os únicos possíveis, mesmo no campo psíquico, e que, se partirmos de outras qualidades, poderemos talvez estabelecer todo um conjunto de outros tipos psicológicos. Deve-se, porém, exigir de todos esses tipos que não coincidam com quadros clínicos. Pelo contrário, devem abranger todas as variações que, de acordo com o nosso juízo prático, incidem dentro dos limites do normal. Em seus desenvolvimentos extremos, contudo, podem aproximar-se de quadros clínicos e, dessa maneira, ajudar a unir o abismo que se supõe existir entre o normal e o patológico". (Freud, 1931 : 251).

Havia, portanto, dentro da psicanálise, a preocupação em se estabelecer critérios para a compreensão do modo de reagir das pessoas, no quadro amplo da normalidade.

Alexander Lowen, principal responsável pelo desenvolvimento da bioenergética, reafirma as hipóteses de Reich sobre a movimentação de energia no corpo e a constituição do caráter, adicionando a elas elementos oriundos de suas observações. Lowen parte do princípio reichiano de identidade funcional entre as emoções e a tensão muscular e chega à análise bioenergética - uma técnica que utiliza a experiência ao nível físico e através da qual se pode mostrar como a dinâmica da estrutura corporal revela a mesma estrutura de caráter. Ao nível psíquico, concorda Lowen que a "energia deslocável", é aquela a que Freud denominou libido; porém a movimentação muscular de uma pessoa é um fenômeno de energia física, plenamente observável.

A apresentação mais sistematizada desta teoria data de 1958, com a publicação em língua inglesa de "Physical Dynamics of Character Structure", por A.Lowen, livro que em edições posteriores teve seu título alterado para "The Language of the body" e, atualmente, em edição brasileira, chama-se "O Corpo em Terapia" (1977).

Na opinião de Lowen, a técnica psicanalítica realizada por Reich "constitue a ponte que conduz da psicanálise para a compreensão analítica da tensão muscular e dos bloqueios energéticos. A psicologia e a biologia se encontram no estudo do caráter". (Lowen, 1977 : 177).

Os conceitos teóricos da nova técnica foram complementados e atualizados a partir de então, e encontram-se principalmente condensados no livro "Bioenergetics", publicado originariamente em 1975 pelo mesmo Autor.

"Em bioenergética os diferentes tipos de defesa estão resumidos sob o título "estruturas de caráter". O caráter é definido como um padrão fixo de comportamento, o modo típico como um indivíduo maneja a sua luta pelo prazer. Está estruturado no corpo em forma de tensões musculares crônicas e geralmente inconscientes que bloqueiam ou limitam os impulsos na sua extensão". (Lowen, 1981 : 137) (2)

"O ponto principal a respeito do caráter é o fato de ele representar um padrão típico de comportamento ou uma direção habitual. É um modo de responder que está estabelecido, congelado ou estruturado". (1977 : 119).

Neste sentido, acrescenta Lowen, "toda estrutura de caráter é patológica" e é justamente comum na maioria das pessoas.

"O indivíduo que nunca teve suas energias libidinais estruturadas de modo típico, ou numa direção habitual, não pode ser considerado como tendo uma estrutura de caráter. Tais pessoas, muito raras, são difíceis de definir, caracterizar ou apelar; têm uma vivacidade de expressão e uma espontaneidade que desafia qualquer tentativa de abrangê-las num rótulo" (1977 : 119).

É importante a colocação de Lowen a respeito da saúde e do "normal", sugerindo limitar o conceito de caráter, na terapia analítica, aos estados patológicos.

"A saúde deve ser identificada como a ausência de um modo típico de comportamento. Suas qualidades são a espontaneidade e adaptabilidade às exigências racionais de uma situação. A saúde é um estado fluido em oposição à neurose, que é uma condição estruturada". (1977 : 136).

Naturalmente é muito difícil nas condições de vida da nossa civilização existir, nas pessoas, um estado pleno de saúde emocional e prazer. Por assumir esta suposição e por considerar o caráter como uma estrutura neurótica, a bioenergética é coerente ao utilizar termos derivados da patologia clínica para designar os diferentes tipos de caráter.

Quando se diz, em bioenergética, que uma pessoa está em estado de prazer significa que os movimentos de seu corpo, especialmente os movimentos internos, são ritmados e descontraídos.

"Podemos definir o sentimento de prazer, portanto, como a percepção de um movimento expansivo do corpo abrindo-se, estendendo-se, fazendo contato. Fechamento, afastamento, repressão ou contenção não são experienciados como prazer e podem, na verdade, ser experiências de dor ou ansiedade. A dor resultaria da pressão criada pela energia de um impulso encontrando uma barreira. A única maneira de evitar a dor ou a ansiedade é armar uma defesa contra o impulso. Se o impulso é suprimido, a pessoa não sentirá ansiedade ou dor, mas assim também não sentirá prazer". (Lowen, 1981 : 138) (3)

Lowen explica detalhadamente em "Bioenergetics" o argumento de que a dor é a ausência de prazer, descrevendo sinais corpóreos que sustentam essa afirmativa:

"Olhos apáticos indicam que o sentimento lhes foi retirado. Uma pele fria, esbranquiçada, é devida à constrição dos capilares e pequenas artérias e indica que o sangue está sendo represado antes de chegar totalmente à superfície do corpo. Rigidez e falta de espontaneidade sugerem que a carga energética não está fluindo livremente pelo sistema muscular". (1981 : 138)  
(4)

O conceito de bioenergia está, portanto, estreitamente ligado àquilo que se verifica no corpo. A energia flui como uma corrente que passa pelo corpo e se acumula com os líquidos. Onde há sangue, há energia. Existem duas fontes principais de energia: a oxigenação (através da respiração) e a alimentação. Quando há excesso de energia em algumas áreas, observa-se frequentemente um aumento de volume, coloração mais viva, calor. Quando, ao contrário, a área está desenergizada, há depressão, tecidos flácidos, palidez.

Na formação dos traços de caráter, influem decisivamente as primeiras experiências de vida da criança, pois, dependendo do modo como são vivenciadas as atitudes e os sentimentos negativos dos pais em relação a ela, a criança estrutura suas defesas e molda o seu caráter.

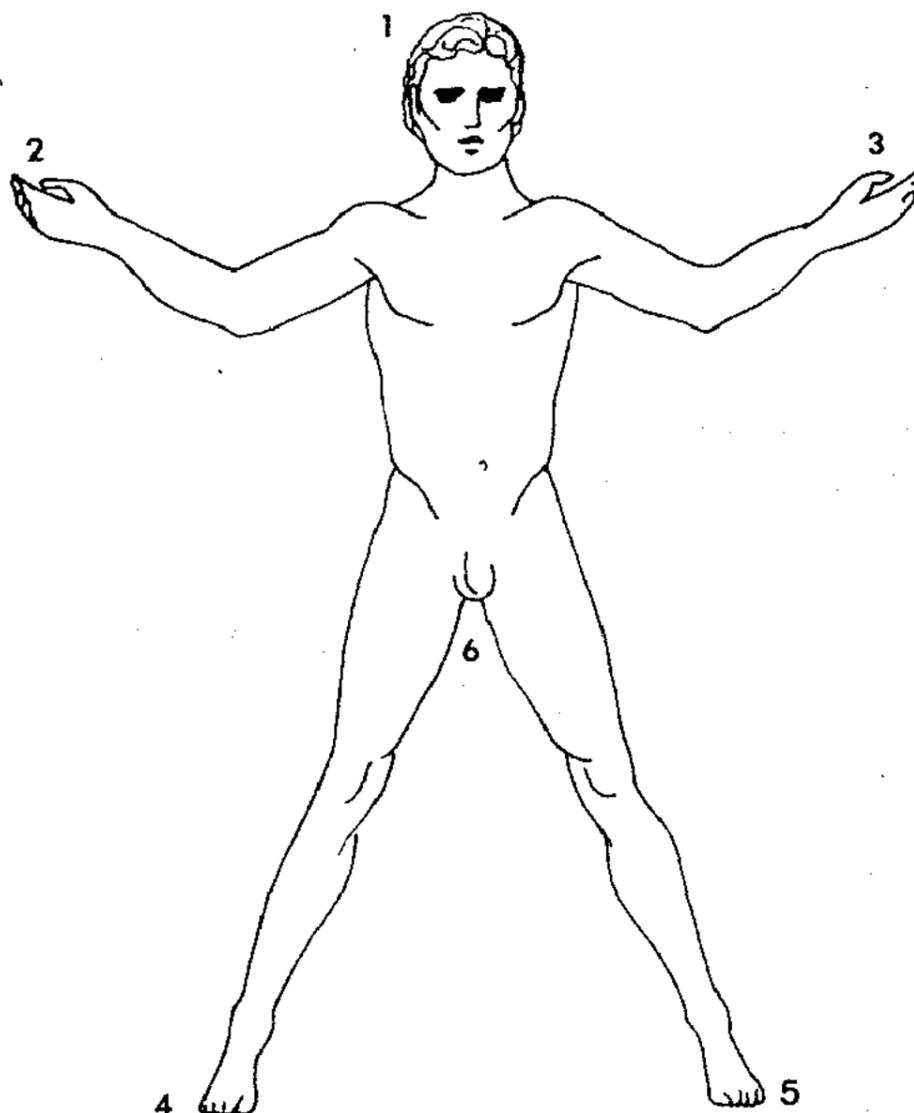
Um bebê que, ainda no útero, experimente um sentimento de rejeição por parte de sua mãe, sentirá sua existência ameaçada. Ao nascer, tratará de se defender contra o terror da aniquilação; conviverá com um sentimento de insegurança e de ausência da sua unidade corporal; terá uma estrutura de caráter basicamente esquizóide. Em um segundo caso, um bebê que durante os primeiros meses de vida sinta falta de sua mãe e se veja privado de alimentação, conforto e calor suficientes, poderá se tornar um dependente na vida adulta. A privação na infância o conduzirá a uma estrutura de caráter oral. A formação do caráter psicopático deve-se principalmente à sedução sexual inconsciente por parte de um dos pais, e é somada a traços já existentes do caráter oral. A situação manipuladora, neste terceiro caso, existe entre ambas as partes, havendo também um elemento masoquista, resultante da submissão da criança ao pai ou mãe sedutores. Em outro tipo de situação familiar, em que há amor e aceitação, mas também grandes exigências e controle severo sobre a criança, surge a estrutura de caráter masoquista. A mãe superprotetora exerce enorme pressão coercitiva sobre o filho, forçando-o a conter a raiva e a desenvolver uma defesa contra a supressão de seus direitos. Por último, a

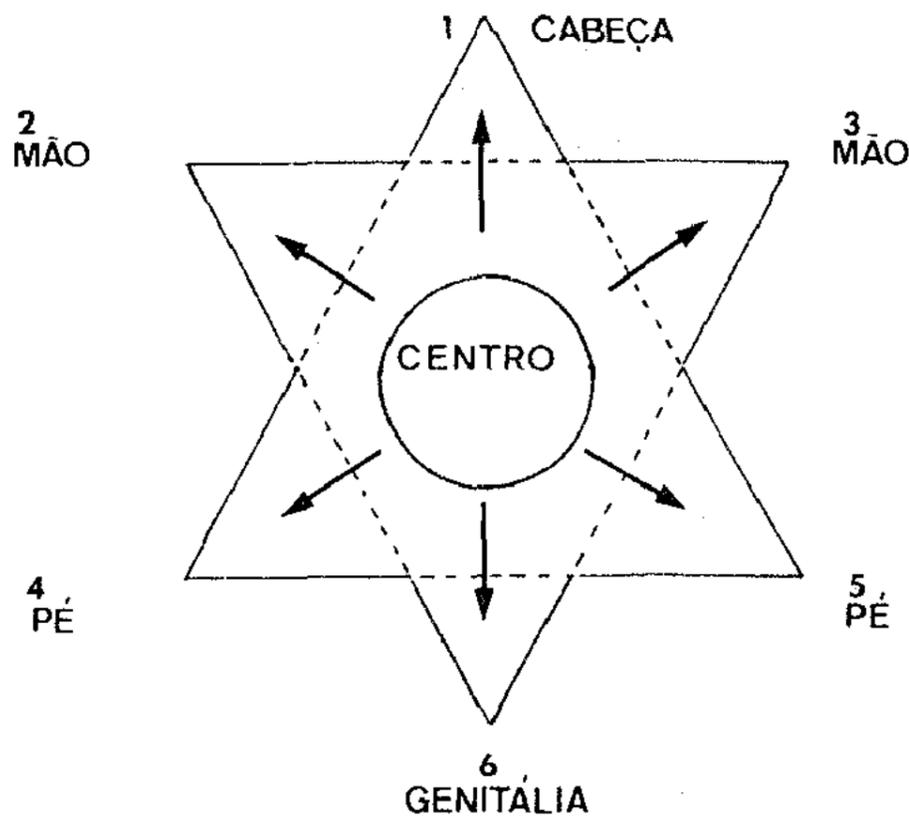
posição defensiva que resulta no caráter rígido tem sua origem na experiência de frustração durante a busca de gratificação erótica, especialmente em nível genital. Por não obter o prazer sexual desejado, principalmente em relação ao genitor do sexo oposto, a criança sente-se traída na sua tentativa de obter amor, tornando-se orgulhosa e disposta a não mais fraquejar.

#### 4.2 - Representação Energética da Estrutura Corporal

Existem, no corpo humano, seis áreas principais de contato com o mundo exterior. Localizadas nas extremidades, essas áreas incluem os órgãos sensoriais que permitem e executam funções importantes de interação com o meio. Energeticamente falando, são pontos para onde se dirige a energia proveniente do centro do corpo. Sempre que é feito um contato forte e significativo com o meio, o intercâmbio energético nesses pontos é intenso. O esquema da figura humana com as pernas e os braços estendidos mostra claramente tais pontos extremos: a cabeça, as mãos, os pés e o órgão genital. Mais adiante temos a mesma figura convertida num diagrama que representa a dinâmica energética do corpo humano.

- PONTO 1 · CABEÇA:  
LOCAL DAS FUNÇÕES INTELECTUAIS, INCLUINDO OS ÓRGÃOS SENSORIAIS DA AUDIÇÃO, GOSTO, VISÃO E OLFATO.
- PONTOS 2 E 3 · MÃOS:  
TOCAM E MANIPULAM O MEIO.
- PONTOS 4 E 5 · PÉS:  
FORNECEM O CONTATO ESSENCIAL COM O CHÃO.
- PONTO 6 · APARELHO GENITAL:  
ÓRGÃO PRINCIPAL DE CONTATO E RELACIONAMENTO COM O OUTRO.





(apud Lowen, 1981:141)

A bioenergética postula que existem sete anéis de tensão que circundam o corpo nos seguintes segmentos: ocular, oral, do pescoço, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico. Um anel de tensão é o ponto onde a energia pára e deixa de fluir, desequilibrando o organismo e criando um bloqueio que modifica o movimento do corpo, fazendo-o perder a leveza e a espontaneidade.

As diferentes estruturas de caráter, de acordo com a classificação proposta por Lowen, se resumem em cinco tipos básicos: esquizóide, oral, psicopático, masoquista e rígido. Sabe-se que nunca dois indivíduos são iguais, entretanto, por vezes, torna-se necessário falar em "tipos" para maior clareza e compreensão do assunto. Lowen faz questão de frisar que cada tipo de estrutura de caráter tem um padrão especial de defesa, tanto em nível muscular quanto psicológico, que o distingue dos demais. "É importante notar que esta é uma classificação não de pessoas, mas de posições defensivas. ... Nenhum indivíduo é um tipo puro e cada pessoa na nossa cultura combina, em diferentes graus dentro da sua personalidade, alguns ou todos esses padrões defensivos". (1981 : 151) (5)

Para a descrição dos tipos de caráter nos basearemos nos critérios estabelecidos por Lowen, procurando resumir os aspectos principais referentes a cada tipo, conforme vêm apresentados em "Bioenergetics" e em outras obras desse mesmo autor. Os termos que designam as estruturas de caráter assim foram escolhidos porque "são definições conhecidas e aceitas de distúrbios da personalidade, dentro da profissão psiquiátrica." (Lowen, 1981 : 151) (6)

#### 4.3 - A Estrutura do Caráter Esquizoide

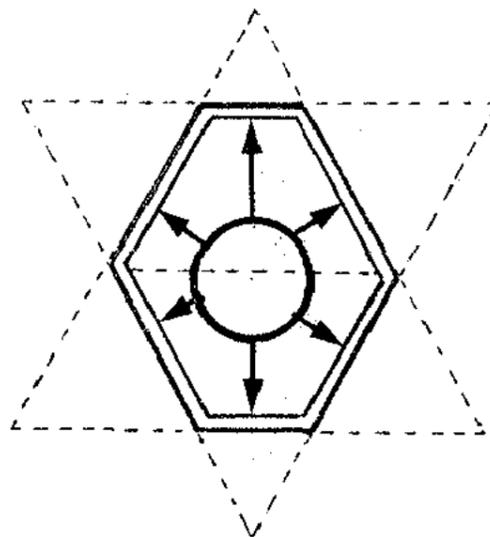
Corresponde ao indivíduo com tendências a fragmentar o funcionamento unitário da personalidade, manifestando um pensamento dissociado do sentimento e tendo diminuída sua capacidade de contato com o próprio corpo.

##### - Funcionamento Bioenergético

A energia é suprimida das extremidades do corpo e retida em seu centro. Assim, o rosto, as mãos, os órgãos genitais e os pés não têm um fluxo de energia totalmente conectado ao centro. Tensões musculares bloqueiam essa energia e estão localizadas na base da cabeça, nos ombros, na pélvis e nas articulações.

A defesa esquizoide consiste em um padrão de tensões musculares que impede a energia de atingir as extremidades e preserva a personalidade de uma possível desagregação maior. Existe um corte energético na altura do diafragma, como que dividindo o corpo em duas metades, tornando-o desarmonioso.

O diagrama mostra o fluxo energético no caráter esquizoide: as linhas duplas indicam a concentração de energia, enquanto que as pontilhadas mostram a subcarga nos órgãos periféricos; no centro, o corte indicativo da separação das duas metades do corpo.



esquizoide (apud Lowen, 1981:153)

- Aspectos Físicos (v. Anexo 2).

- na maioria dos casos, corpo contraído e estreito;
- cabeça ligeiramente inclinada, fora da linha central do fluxo energético do corpo;
- principais áreas de tensão localizadas nas articulações dos ombros, das pernas, da pélvis e na altura do diafragma;
- imobilidade da escápula;
- imobilidade pélvica;
- pés fracos, especialmente o arco metatársico, e bastante frios;
- articulações duras ou o extremo oposto, hiperflexibilidade das juntas;
- braços pendurados, não se parecendo com uma continuação natural do corpo;
- discrepância marcante entre duas metades do corpo, superior e inferior, divididas a partir do diafragma;
- respiração entrecortada;
- impressão geral de desengonçado.

- Características de Comportamentos

- senso inadequado de si mesmo, pela falta de contato com o próprio corpo;
- tendência à dissociação e atitudes opostas, ocasionadas pela falta de conexão energética entre a cabeça e o resto do corpo; dessa forma, coexistem atitudes de arrogância e de humildade, por exemplo:
  - hipersensibilidade, devido à fraqueza do eu interior;
  - dificuldade de relacionamento em geral, com tendência a evitar contatos mais íntimos;
  - insegurança quanto à sua existência;
  - dificuldade em pedir ajuda;
  - em alguns casos, é acrescido um elemento paranóide à personalidade.

.....

.....

....

.

#### 4.4 - A Estrutura do Caráter Oral

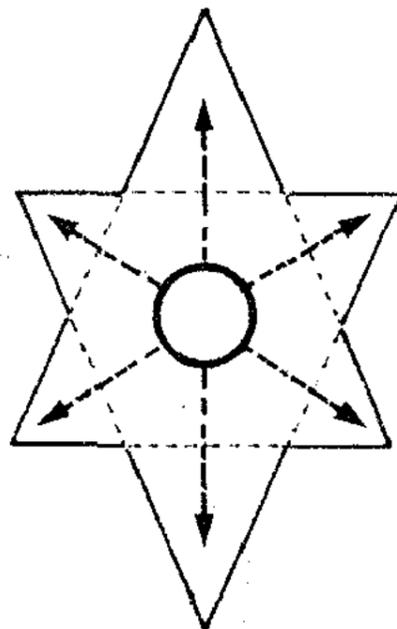
Este tipo de caráter descreve uma personalidade com muitos traços típicos do período "oral" do desenvolvimento, ou seja, uma personalidade infantil, com sinais de dependência, pouca capacidade agressiva, precisando de apoio e cuidados. Existe, nesse tipo de pessoa, um medo subjacente de ser abandonado, por isso o indivíduo procura ter muitos amigos e muita atividade social. Às vezes, as pessoas com esta estrutura de caráter desenvolvem mecanismos compensatórios, mesclando-se aparentemente com outros tipos. Tais pessoas, entretanto, não conseguem sustentar atitudes de exagerada independência, pois não há base energética suficiente.

##### - Funcionamento Bioenergético

Trata-se de uma estrutura energeticamente subcarregada. A energia flui fracamente para as extremidades do corpo, especialmente na parte inferior. Há diminuição de força muscular em geral, os olhos são fracos, com tendência à miopia, e observa-se excitação genital também reduzida.

Essa é a estrutura típica do indivíduo carente, que não tem forças para viver sozinho. Permanece com um sentimento de vazio no peito, como um vácuo que precisa ser preenchido.

O crescimento é predominantemente linear, resultando num corpo comprido e magro, como mostra o diagrama.



oral (apud Lowen, 1981:156)

- Aspectos Físicos (v.Anexo 2).

- peso do corpo sobre os calcanhares;
- costas encurvadas;
- ombros caídos, cabeça jogada para a frente;
- peito retraído;
- pernas e joelhos contraídos e subcarregados;
- pélvis estreita;
- poucos pelos no corpo;
- respiração superficial;
- impressão geral de fraco e precisando de apoio.

- Características de Comportamento

- inabilidade para estar sozinho;
- tendência a se "encostar" nos outros;
- sensação de que a vida lhe deve alguma coisa;
- impulsos fracos, associados a sentimentos de impotência, pois tem pouca energia;
- necessidade de afeto, amor, compreensão, apoio;
- avidez e prazer em falar de si próprio;
- facilidade para expressar sentimentos, com excessão de raiva;
- tendência a pedir, reivindicar, apresentando um alto grau de inteligência verbal;
- dificuldade para buscar, por si mesmo, aquilo que deseja;
- tendência ao exibicionismo, com o intuito de angariar atenção;
- sujeito a mudanças de humor entre excitação e depressão.

.....

.....

.....

..

.

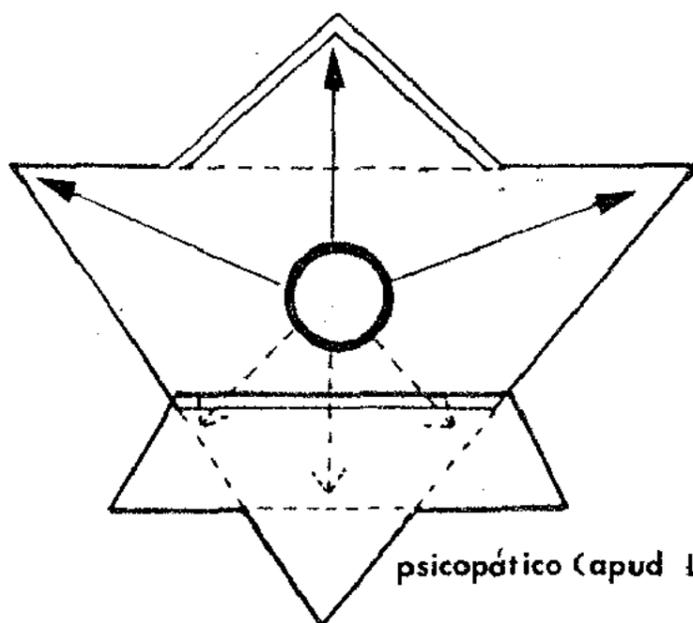
#### 4.5 - A Estrutura do Caráter Psicopático

A atitude psicopática é em essência a negação do sentimento. Há um enorme investimento de energia para manter a imagem idealizada que o indivíduo construiu para si mesmo. Por outro lado, existe nesse tipo de personalidade um impulso constante para mostrar sua força e exercer controle sobre os outros. O poder é obtido através da intimidação dos mais fracos ou através de um envolvimento sedutor; em ambas as maneiras, realiza-se o propósito do caráter psicopático, a medida que as pessoas caem sob seu domínio.

##### - Funcionamento Bioenergético

Existe uma alta concentração de energia em uma das metades do corpo. Dentro dos padrões norte-americanos, o tipo mais comum é aquele que se poderia chamar de dominador ou opressor: geralmente são indivíduos do sexo masculino que possuem uma estrutura física exageradamente desenvolvida em sua metade superior. Isso significa que a energia foi acentuadamente deslocada em direção à cabeça, como fruto da necessidade que o indivíduo tem de se erguer sobre os demais. Paralelamente, há uma redução da carga energética na parte inferior, pois o diafragma e a cintura estão contraídos, bloqueando a passagem de energia para baixo, conforme está representado no diagrama.

Pode ocorrer também o tipo "feminino", que é, ao contrário, mais carregado na metade inferior, proporcionando maior capacidade sensitiva e sedutora.



psicopático (apud Lowen, 1981:160)

- Aspectos Físicos (v. Anexo 2).

- deslocamento do centro de gravidade para a metade superior do corpo;
- desenvolvimento desproporcional entre a parte superior e inferior;
- forte tensão no segmento ocular;
- tensão muscular na base do crânio (segmento oral);
- tensão pélvica, pernas rígidas;
- o corpo masculino se expande acima do peito e é delgado para baixo;
- o corpo feminino tem o quadril, pernas e pélvis muito largos; peito e ombros pequenos;
- na metade superior do corpo, o homem é atlético e forte; a mulher, pouco desenvolvida;
- impressão geral, no homem, de orgulho, raiva e, às vezes, ameaçador;
- impressão geral, na mulher, de infantilidade e ingenuidade de na parte superior e de extrema sensualidade, abaixo.

- Características de Comportamento

- necessidade de exercer domínio e controle sobre outras pessoas;
- o poder é mais importante do que o prazer;
- atitude sedutora e manipuladora;
- medo de se sentir diminuído;
- interesse principal em conquistar os outros;
- medo em demonstrar suas fraquezas ou expressar sentimentos.

.....

.....

.....

....

...

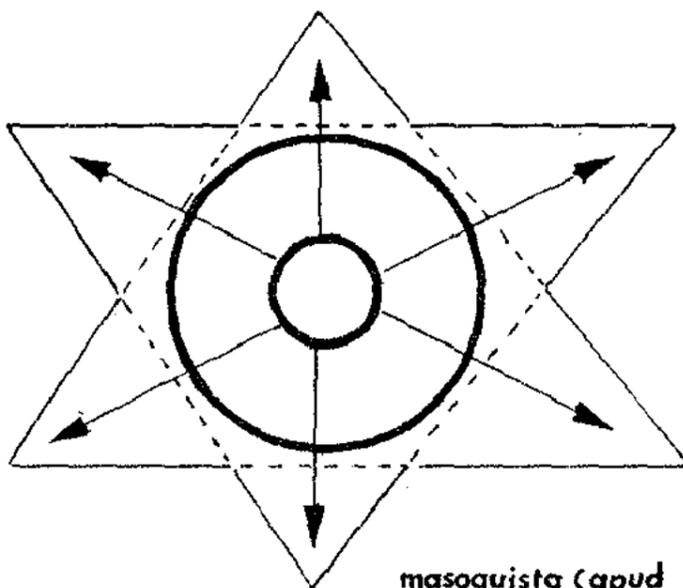
.

#### 4.6 - A Estrutura do Caráter Masoquista

Na descrição do caráter, o termo masoquista não significa perversão ou desejo de sofrer como forma de sentir prazer. Descreve essencialmente a atitude de submissão, marcante nos indivíduos desse tipo. São pessoas que sofrem mas não conseguem expressar a sua raiva e descontentamento. Desenvolvem um corpo sólido, capaz de conter as emoções mais fortes, por medo de vir a explodir num comportamento violento.

##### - Funcionamento Bioenergético

Trata-se de uma estrutura bastante carregada energeticamente, mas fortemente contida. Os órgãos periféricos não recebem energia suficiente para a descarga, produzindo um corpo tenso, com pouca mobilidade expressiva. Há contenção de energia principalmente na cabeça, braços, pernas e nádegas. O superdesenvolvimento dos músculos retém os impulsos negativos e hostís e, ao mesmo tempo, controla os naturais. A tensão nos músculos flexores puxa o corpo para a frente e para baixo. Há um colapso na região da cintura, devido à forte compressão energética. O diagrama exemplifica o deslocamento de energia nessa estrutura.



masoquista (apud Lowen, 1981:164)

- Aspectos Físicos (v. Anexo 2).

- corpo estruturalmente pesado, com forte desenvolvimento muscular;
- costas arredondadas;
- pescoço curto e grosso;
- coxas bastante musculosas;
- muitos pelos no corpo;
- estatura baixa;
- cintura grossa;
- nádegas achatadas e contraídas;
- pele escurecida, devido à energia estagnada;
- tensão acentuada na mandíbula e garganta;
- impressão geral de atarracado, carregando um grande peso.

- Características de Comportamento

- incapacidade para reagir;
- sentimento de inferioridade e de culpa;
- dificuldade em expressar emoções violentas, especialmente hostilidade e raiva;
- tendência a permanecer em posições de submissão sendo fácil de ser conduzido;
- conflito entre "eu quero" e "eu não devo";
- extrema ansiedade e ambivalência decorrente dos conflitos;
- rancor e negatividade fortemente reprimidos;
- freqüentes gemidos e queixas.

.....

.....

.....

.....

..

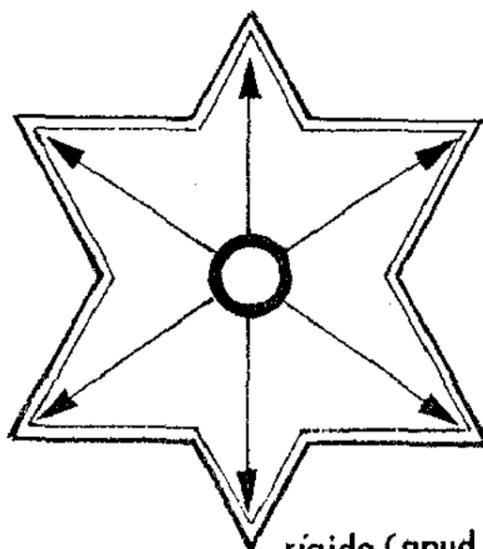
.

#### 4.7 - A Estrutura de Caráter Rígido

Também conhecido como caráter histérico, na mulher, e como fálico-narcisista, no homem, essa estrutura descreve indivíduos orgulhosos, que aceitam desafios e mantêm controle racional sobre seu próprio comportamento. A rigidez é uma defesa contra o colapso, próprio do caráter masoquista. Quando o grau de rigidez é muito alto, geralmente contém elementos sádicos na personalidade. Esta é uma posição que corresponde à fase genital do desenvolvimento e revela um tipo de pessoa estimulante, sexualmente atraente, bem adaptada ao contexto social e normalmente bem sucedida no campo profissional.

##### - Funcionamento Bioenergético

Estrutura corporal equilibrada e bem carregada em todas as extremidades que fazem contato com o meio exterior. A energia parte do centro, flui por todo o corpo atingindo a periferia, mas não se solta facilmente, conforme demonstra a linha dupla no diagrama. A couraça periférica limita a expressão dos sentimentos e controla as emoções que brotam no corpo. Ao se contraírem para segurar as emoções, os músculos extensores criam uma tensão que puxa o corpo para trás, produzindo rigidez.



rígido (apud Lowen, 1981:166)

- Aspectos Físicos (v. Anexo 2).

- estrutura física proporcional e harmoniosa, com boa coordenação muscular;
- tensão generalizada no corpo, especialmente nos grandes músculos das costas e do pescoço;
- peito inflado;
- nuca e ombros enrijecidos;
- queixo duro, linhas faciais retas;
- inclinação do corpo para trás, tão acentuada quanto maior for o grau de rigidez;
- corpo bem conectado com o mundo, olhos brilhantes, movimentos ágeis;
- atitude corporal de estar em alerta;
- impressão geral de prontidão e agressividade.

- Características de Comportamento

- comportamento agressivo, competitivo e ambicioso;
- controle constante sobre a conduta, não se permitindo atitudes impulsivas;
- teimosia, obstinação, persistência nos empreendimentos;
- forte orgulho e medo de fracassar;
- a agressão é usada defensivamente, para sufocar os sentimentos ternos;
- raramente aparecem sentimentos rancorosos;
- medo de ser tapeado ou perder a liberdade;
- atitudes de independência e liderança.

.....

.....

.....

....

...

.

N O T A S :

(1) - "Bioenergetics is a way of understanding personality in terms of the body and its energetic processes. These processes, namely, the production of energy through respiration and metabolism and the discharge of energy in movement, are the basic functions of life. How much energy one has and how one uses his energy determine how one responds to life situations".

(2) - "In bioenergetics the different types of defenses are subsumed under the heading "character structures". Character is defined as a fixed pattern of behavior, the typical way and individual handles his striving for pleasure. It is structured in the body in the form of chronic and generally unconscious muscular tensions that block or limit impulses to reach out".

(3) - "We can define the feeling of pleasure, therefore, as the perception of an expansive movement in the body - opening up, reaching out, making contact. Closing off, withdrawing, holding in or holding back are not experienced as pleasure and may actually be experienced as pain or anxiety. Pain would result from the pressure created by the energy of an impulse meeting a block. The only way to avoid the pain or anxiety is to set up a defense against the impulse. If the impulse is suppressed, the person will not feel anxiety or pain, but then, neither will he feel pleasure".

(4) - "A dulling of the eyes indicates the withdrawing of feeling from them. A cold, white skin is due to the constriction of capillaries and arterioles and indicates that the blood is being held back from the body surface. Rigidity and a lack of spontaneity suggest that the energetic charge is not flowing freely into the muscular system".

(5) - "It is important to note that this is a classification not of people but of defensive positions. ... No individual is a pure type and every person in our culture combines in different degrees within his personality some or all of these defensive patterns".

(6) - "We have used these terms because they are known and accepted definitions of personality disorders in the psychiatric profession".

## 5 - OBSERVAÇÃO DE CAMPO

### 5.1 - Objetivo e Hipóteses de Trabalho

Esta pesquisa teve por objetivo chegar a um diagnóstico das possibilidades reativas do deficiente físico, a partir de sua movimentação espacial e estrutura corpórea.

O ponto principal de investigação concentrou-se na percepção de uma estrutura de caráter capaz de reter energia em locais específicos do corpo, tornando o indivíduo mais sensível aos ataques externos em determinadas áreas de seu espaço.

A hipótese predominante baseou-se na suposição de que uma limitação física adquirida, de alguma forma acentua os traços típicos da estrutura de caráter do indivíduo.

Uma lesão que resulte numa seqüela pequena é considerada menos grave, do ponto-de-vista estritamente fisiológico, mas já se constatou que o significado para o seu portador é variado. No estudo de campo, considerou-se como aspecto predominante a ser investigado a localização dos danos físicos e sua relação com a estrutura de caráter, mais do que a extensão desses danos.

Tais considerações resultaram em duas hipóteses:

- a)- quando a limitação se localiza numa área de baixo fluxo e de energia, expressa concretamente uma realidade interna já existente e acentua o caráter;
- b)- quando a limitação se localiza numa região de alta concentração de energia, efetua um corte profundo no esquema de interação do sujeito com o mundo, obrigando-o a um esforço de reorganização mais intenso e difícil.

### 5.2 - Procedimentos

A pesquisa realizada é do tipo "ex post facto" e seguiu um modelo operacional de estudo descritivo de campo, através de observação, entrevistas livres e em profundidade, consultas aos registros técnicos da instituição e avaliação das estruturas de caráter por um critério de juízes.

Pretendeu-se atingir uma população constituída de pessoas que sofreram algum tipo de acidente ou doença, tendo-se tornado por um período, ou mesmo definitivamente, incapazes de exercer suas atividades cotidianas ou laborativas.

A amostra abrangeu um grupo de 40 pessoas (razoavelmente homogêneo quanto aos aspectos de instrução e nível sócio-econômico) entre indivíduos adultos, do sexo masculino, segurados do INPS, em processo de reabilitação profissional (Ver anexo 3).

O estudo de campo realizou-se no Centro de Reabilitação Profissional do INPS de Juiz de Fora, sendo que a escolha da amostra, bem como do método de observação utilizado, ficaram inteiramente a cargo da pesquisadora. O grupo de amostragem formou-se aleatoriamente, na tentativa de avaliar todos os clientes do CRP/JF que consentissem em ser fotografados. Foram convidados indistintamente homens e mulheres, mas a amostragem do sexo feminino resultou nula, porque todas as clientes se negaram sistematicamente a participar da pesquisa, pela condição de terem que se deixar fotografar com o mínimo de trajes possível. A média do percentual feminino em tratamento reabilitatório é de 15% contra a grande maioria masculina, o que levou a pesquisadora a optar pelo abandono da população feminina, já que esta seria irrelevante no cômputo geral do trabalho.

Cada cliente foi esclarecido individualmente sobre os objetivos gerais da pesquisa que estava em curso e solicitado a colaborar, deixando-se fotografar de calção, em posição ortoestática, de frente, de lado e de costas. Apesar de ter sido bem menor o índice de recusa dos homens em relação ao das mulheres, muitos ainda se sentiram incomodados pelas fotografias, porque seriam evidenciados seus problemas físicos, enquanto outros, efetivamente, não consentiram.

Paralelamente, foram realizadas entrevistas com os clientes e coletadas opiniões dos demais técnicos sobre o comportamento dos mesmos, dados esses obtidos verbalmente e através dos registros em prontuários.

As fotografias foram submetidas à avaliação de 3 (tres) psicólogas atuantes na área da bioenergética, que emitiram juízos sobre os tipos de caráter e bloqueios de energia em cada sujeito. Partindo-se da observação da estrutura física e das tensões musculares, e pelas informações psicológicas fornecidas, foram avaliados os traços principais determinantes do caráter (esquizóide, oral, masoquista, rígido e psicopático), procurando estabelecer o tipo básico do indivíduo.

A característica predominante recebeu o conceito (A); uma característica secundária, porém visivelmente presente, recebeu o conceito (B). A ausência de uma característica predominante, assim como a dificuldade do avaliador em emitir juízo, devido à limitação dos dados, foram assinalados na categoria "atípicos".

Obteve-se então um quadro de avaliação das estruturas de caráter, onde os sujeitos da pesquisa aparecem numerados de 01 a 40, com uma descrição sumária da limitação e as avaliações correspondentes. (Ver anexo 4).

### 5.3 - Resultados

Como critério para diagnóstico, buscava-se a concordância dos juízes em torno da avaliação bioenergética. Esta concordância ocorreu em 35% dos casos, o que proporcionou condições para o estudo aprofundado de diferentes tipos.

Cinco elementos obtiveram o conceito A, relativo ao caráter dominante, com o máximo de dispersão entre as opiniões dos juízes, sendo por esse motivo considerados atípicos para efeito de avaliação (números 03,12,17,21 e 34). Além desses, outros dois também receberam a atribuição de atípicos, pelo menos por um dos juízes (números 25 e 40).

Os demais casos podem ser considerados tipos mistos com predominância de uma característica, mas também apresentando traços marcantes de outra ou em igual proporção.

Os tipos mistos requerem uma observação mais apurada, porque tanto podem ter áreas de tensão muito nítidas, correspondentes a diferentes couraças, quanto podem se aproximar do normal, pela diversi

dade de reações que apresentam.

Em se tratando de um estudo clínico, caberia uma análise em profundidade de cada caso, para estabelecer-se uma avaliação e diagnóstico efetivamente seguros.

Nos indivíduos em que houve concordância por parte dos três avaliadores quanto ao caráter predominante, a probabilidade de que a avaliação esteja correta é bastante grande. Acataremos, portanto, esta hipótese como válida.

Observando o quadro de avaliação, encontramos 14 elementos nos quais foram identificados os tipos de caráter:

- oral : 01,11,19,24,30 e 37
- rígido : 05,10,20 e 29
- masoquista : 04 e 38
- psicopático: 23
- esquizóide : 36

Entre os orais encontram-se limitações nas seguintes partes do corpo: mãos, cotovelos e joelhos.

Entre os tipos rígidos, nos seguintes locais: pé, mão, joelhos e pernas.

Entre os masoquistas: perna e pé.

O tipo psicopático apresenta limitação no ombro e o tipo esquizóide no braço.

As limitações são diversificadas, mas observa-se que, entre os orais, elas ocorreram nas áreas onde justamente existe subcarga de energia. As limitações de joelho e cotovelo foram decorrentes de quedas e nos parece óbvio que as conseqüências derivam de uma fragilidade estrutural nesses pontos.

Importa-nos, entretanto, observar não uma possível predisposição para acidentes, mas de que maneira a limitação interfere no processo de reorganização corporal de cada tipo de pessoa. Não houve caso de amputação em indivíduos do tipo oral nem do tipo misto com características de oralidade relevantes. A limitação mais grave foi de imobilidade total do braço esquerdo, ocorrida em um reabilitando (nº 18)

com avaliação predominante de estrutura oral, mas também considerado rígido por um dos juízes. Este rapaz manifestou um comportamento regressivo acentuadamente oral e encontra-se ainda sem perspectiva de solução para o seu caso.

Os quatro indivíduos do tipo rígido apresentaram sempre grande empenho na sua reabilitação. Existe energia suficiente para superar as frustrações e nenhum considerou a limitação como um empecilho fundamental na sua vida. A reabilitação é encarada como um desafio que é preciso vencer.

Dos indivíduos com predominância do caráter rígido, apenas um (nº 14) contrariou a expectativa. Apesar de ter recebido dois conceitos principais na categoria rígido, apresentou um comportamento nitidamente psicopático, revelando-se inseguro, fanfarrão e dominador.

Os de caráter masoquista, inclusive os de tipo misto, reagiram com resignação e espírito cooperativo. É interessante assinalar que todos esses sofreram limitações em uma das pernas, tornozelos ou pé, áreas mais carregadas energeticamente. Apenas um (nº 15 - tipo misto) sofreu amputação de dois dedos na mão. Este indivíduo obteve dois conceitos para o caráter masoquista e um para o rígido. Foi muito bem sucedido em sua reabilitação, não manifestando sentimentos de incapacidade ou frustração significativa no que se referia à limitação. Poder-se-ia concluir que a base energética permaneceu intacta, facilitando ao indivíduo reconduzir sua vida apesar da necessidade que teve de abandonar sua antiga função no trabalho. Os demais casos demandaram um tratamento prolongado e foi possível notar maior dificuldade na reorganização corporal e diminuição da auto-estima subjacentes a uma aparente aceitação.

Os tipos de caráter psicopático e esquizóide foram os mais raros de ser encontrados na amostra como evidências inequívocas, mas aparecem combinados com outras formas de caráter. Nessas duas categorias não foi possível identificar uma tendência de comportamento em relação ao tipo de limitação devido ao pequeno número de sujeitos e por serem as limitações bastante diversificadas.

Relatório de Alguns Casos Individuais

a) - Sujeito nº 01 - Caráter Oral

- Leitura corporal:

- aspecto geral de desamparo; ombros caídos e braços fracos; cor pálida, sugerindo pouca energia; peso do corpo firmado nos calcanhares; joelhos trancados;

- presença também de traços esquizóides, principalmente tensão no pescoço e no centro da testa; mãos grandes.

Rapaz de 26 anos, com instrução primária, casado, exercia a função de marceneiro autônomo. Acidentou-se com serra circular, sofrendo ferimentos na mão esquerda, especialmente no dedo indicador que perdeu a capacidade de movimentação.

Este indivíduo foi considerado pela Equipe de Reabilitação como tendo muitos problemas psicológicos e dificuldade em aceitar sua limitação física.

Apesar da aparência humilde, o cliente revelou-se inteligente e habilidoso. Já exercera outras profissões como pintor, bombeiro e eletricitista. Após seu acidente, passou a considerar impossível voltar a trabalhar como empregado e ainda extremamente difícil ter condições de continuar como autônomo. Constantemente revoltado com o acidente e suas consequências, culpava o companheiro de trabalho e outras pessoas que interferiam em sua vida, prejudicando-o e criando problemas para sua família. Reclamava das injustiças que sofrera, mas ao mesmo tempo não conseguia desligar-se dessas pessoas. Queixava-se, também, de problemas na vista e hemorróidas, solicitando freqüentemente os técnicos. Referia-se a si mesmo como "aleijado" e "incompreendido".

O cliente pretendia ser autoritário em casa, mas nem sempre conseguia. Enfurecia-se quando era contrariado, mas sua raiva diluía-se em muitas reivindicações e pouca ação eficaz. Frequentou o Ensino Básico, mas sem interesse real. Em determinado momento achou que seria uma boa solução amputar o dedo para suprimir a dor que sentia quando sua mão esbarrava em algo. Os técnicos observaram que o rapaz estava com idéia fixa de que a amputação era a única forma de resolver o seu problema, não

aceitando inclusive qualquer outro tipo de cirurgia corretiva. A Equipe Técnica decidiu aguardar a evolução do tratamento e da psicoterapia, pois o desejo do cliente era estranho e desnecessário, do ponto-de-vista médico.

Estaria havendo uma tentativa de autopunição? Haveria um tal descaso por essa parte defeituosa do corpo, que era preferível removê-la? Como propomos em nossa linha de pesquisa, estava ocorrendo naquele indivíduo o desejo de explicitar, o mais claramente possível, sua vivência interior de carente e incapacitado.

A cirurgia não foi realizada, e o atendimento psicológico foi suspenso devido a outras circunstâncias.

Após uma permanência de 7 meses no CRP, o cliente recebeu alta para exercer uma função diversa, com habilitação para motorista profissional. Não foram observadas modificações nas atitudes manifestadas pelo reabilitando.

b) - Sujeito nº 29 - Caráter Rígido

- Leitura corporal:

- postura ativa, revelando orgulho e obstinação; tronco, braços e cabeça bem proporcionados, considerando a altura original do reabilitando; tensão lombar; tensão na área do pescoço e ombros, na testa e nos olhos.

Indivíduo de 38 anos, com instrução de 1º grau, casado há 14 anos, tendo 2 filhos menores. Trabalhava como motorista de transportes coletivos. Sofreu acidente automobilístico, batendo com seu carro particular num poste. Como consequência, teve ambas as pernas amputadas.

O caso foi considerado inicialmente muito difícil para a reabilitação profissional devido à extensão das limitações e inclusive por necessitar, o cliente, de assistência constante de outra pessoa. Entretanto, seu empenho e sua motivação para obter próteses funcionais foram tão grandes que convenceram a Equipe Técnica das possibilidades de bom prognóstico para o caso, isto é, de que o reabilitando conseguiria deambular e movimentar-se independentemente sobre as duas próteses.

Este indivíduo é bastante comunicativo, sorridente e demonstra encarar a vida como um desafio. Tem bom entrosamento familiar, realiza pequenos trabalhos em casa, é capaz de subir escadas e locomover-se pelo chão, mesmo sem o auxílio da cadeira de rodas. Considera a si próprio como hábil e forte, principalmente depois que adquiriu maior firmeza nos braços, devido à fisioterapia. Surpreendeu a todos, no entanto, com uma explosão de agressividade pela demora da confecção das próteses e em seguida não aceitou o fato de as mesmas não corresponderem à sua expectativa. Chegou a declarar que a decepção com as próteses foi superior à que sofreu com o acidente.

Consideramos esta afirmação do cliente como bastante significativa e reveladora do seu caráter rígido. Apesar de ter sido suficientemente informado sobre as dificuldades que teria para adaptar-se a um material pesado e incômodo, insistia em provar sua capacidade para vencê-las. A responsabilidade pelo fracasso foi colocada num objeto exterior, não levando em consideração a própria limitação física. Como existe na estrutura rígida energia suficiente para ser perseverante e empreendedor, passado um breve período de desânimo o reabilitando voltou a empenhar-se no treinamento, revelando, porém, um nível de expectativa menos exigente e adequado à realidade.

Até o momento em que completamos este estudo, o cliente estava há 6 meses preparando-se e realizando treinamento para adaptar-se às próteses definitivas com relativo sucesso, considerando-se o curto espaço de tempo para o trabalho de reabilitação de uma limitação tão grave.

c)- Sujeito nº 04 - Caráter Masoquista

- Leitura corporal:

- postura de resignado; braços mais longos do que as pernas; cara de menino; peso do corpo puxando-o para baixo.

Rapaz de 25 anos, casado, com instrução de 1º grau, trabalhava como montador mecânico numa oficina de automóveis. Após uma injeção medicamentosa na nádega, veio a apresentar neurite ciática, o que lhe ocasionou redução dos movimentos da perna esquerda. O cliente procurava

transmitir uma imagem de "bonzinho" e inteligente. Referia-se aos seus padrões anteriores como pessoas que o admiravam e confiavam nele. No CRP era simpático e agradável a todos, exibindo um comportamento aparentemente cooperador. Entretanto, a Equipe Técnica observou um tipo de "resistência passiva" nas suas atitudes, pois apesar de seguir as instruções sem objetar, empenhava-se pouco no tratamento e na sua preparação profissional. Não se mostrava revoltado com a vida; ao contrário, revelava um nível de aspiração muito acima de suas possibilidades reais. Contudo, ao lhe serem sugeridas atividades profissionais dentro de suas pretensões, recusou-as, alegando dificuldade em realizá-las a contento por exigirem alguma movimentação.

Percebe-se neste reabilitando uma atitude de submissão e ao mesmo tempo de teimosia. Parece-lhe extremamente difícil superar sua limitação através das demais partes sadias de seu corpo. Ficou estagnado, não atingindo a desenvoltura necessária para realizar suas aspirações.

Após 7 meses de tratamento no CRP, o programa de reabilitação foi interrompido por não apresentar uma evolução satisfatória. A Equipe Técnica decidiu encaminhá-lo a uma nova cirurgia especializada, como tentativa para restaurar a capacidade funcional não atingida.

d)- Sujeito nº 23 - Caráter Psicopático

- Leitura corporal:

- forte tensão no tórax, puxando o corpo para cima; metade superior do corpo mais desenvolvida; tensão lombar pronunciada; aparência de quem carrega uma armadura.

Indivíduo de 40 anos, com instrução primária; exercia há vários anos a profissão de motorista de transportes coletivos interestaduais. Num acidente com o ônibus que dirigia sofreu fratura na clavícula esquerda, ocasionando diminuição da força muscular e movimentos do braço esquerdo.

Este cliente não apresentou problemas de natureza psicológica ou alterações de comportamento que interferissem no seu programa de reabilitação. Casado, pai de 2 filhos, demonstrava ser bom cumpridor de suas obrigações com a família e com a igreja a que pertencia. Tinha a aparência de dominador, mas no trato pessoal revelava-se amável, tendo

captado a simpatia dos técnicos e dos demais colegas reabilitandos. Exibia também satisfação pela função que exercia, a qual considerava o melhor posto para um motorista. Desejava retornar ao trabalho o quanto antes, preocupado com a necessidade de ganhar dinheiro.

O tratamento, inicialmente previsto para 3 meses, foi bastante prolongado devido à presença de dores e dormência no ombro esquerdo, sempre que era realizado algum esforço.

O cliente mostrou-se também muito ansioso quanto à alta do CRP e alegava ter certeza de ser dispensado de seu emprego, pois deveria ser submetido a um teste de troca de pneus em ônibus, e sentia-se inseguro com a possibilidade de não ser aprovado.

Reconstituir a força nos braços e ombros pareceu a este cliente ser um fator de grande importância para a preservação de sua auto-imagem e de sua afirmação como bom profissional. Após 9 meses de tratamento no Centro de Reabilitação, retornou à mesma função sem limitações.

e) - Sujeito nº 36 - Caráter Esquizóide

- Leitura corporal:

- corpo assimétrico e desarmonioso; cabeça pendente para um dos lados; tensão no centro da testa; olhos opacos e que não fazem contato; rosto inexpressivo.

Indivíduo com 31 anos, instrução primária, era condutor de máquina numa fábrica de papel. Sofreu um acidente, tendo seu braço direito prensado pela máquina em que trabalhava, ocasionando fratura, redução de força muscular e de 50% dos movimentos. É considerado pela Equipe Técnica como um cliente responsável e colaborador. Seu comportamento é discreto e segue as instruções sem se manifestar. Declarou gostar do trabalho que fazia e, por isso mesmo, pretendia terminar logo o tratamento para voltar a exercer suas antigas funções. Apesar de trabalhar com máquinas consideradas perigosas, não teme o risco de se acidentarmos novamente. Acredita que não houve modificações substanciais em sua vida e não tem motivos para se queixar.

É solteiro e está afastado da família há muito tempo. Morava com colegas em Juiz de Fora, mas depois que se acidentou mudou-se para um quarto sozinho.

Observa-se neste indivíduo várias manifestações defensivas do caráter esquizóide. O corpo "amortecido", com a energia retida no centro, traduz a vivência dissociada do próprio espaço e torna difícil a consciência da autopreservação. Os perigos do mundo exterior não o afetam muito, pois os seus próprios limites não são claramente percebidos. A dissociação é expressa na sua percepção do esquema corporal: "o corpo é o mesmo; o problema é que o braço não está funcionando direito".

Quanto ao fato de se deixar fotografar, não demonstrou nenhuma reação específica. Concordou sem nada perguntar, contrastando com a atitude curiosa manifestada pela maioria dos sujeitos da pesquisa. Mesmo nas entrevistas, mantinha o olhar distante, evidenciando a sua dificuldade de contato direto com o interlocutor.

Até encerrarmos este estudo o reabilitando vinha obtendo boa evolução com o tratamento e continuava cumprindo o programa no CRP, com prognóstico de retorno à mesma função.

f)- Sujeito nº 06 - Caráter Mesclado

- Leitura corporal:

- observa-se contração anal e traços de estrutura masoquista na parte inferior do corpo. Presença de muita tensão na região lombar; a fisionomia denota uma expressão oral. O corpo mostra-se energeticamente bem carregado, principalmente na parte superior, o que determinou, na avaliação bioenergética, uma maior incidência da estrutura psicopática como caráter predominante.

Entre os tipos com características mistas observam-se manifestações de comportamento e vivências que condizem com as expectativas das estruturas de caráter, como é o caso deste reabilitando.

Trata-se de um jovem de 20 anos, analfabeto, sem qualificação profissional, que no seu 3º dia de trabalho numa tinturaria escorregou e teve seu braço prensado em uma das máquinas, sofrendo amputação posterior.

De início, o cliente não estava disposto a submeter-se a nenhum tratamento. Era displicente, brincalhão e aparentemente desmotivado em relação ao seu futuro. Desejava ser aposentado e não mais se

preocupar com seu sustento. Comunicava-se de forma simpática, sedutora, mas sempre tentando escapar às orientações do programa de reabilitação. Ne gou-se a receber uma prótese argumentando que não iria usá-la. Foi enca minhado ao Ensino Básico, mas também não concordou a princípio, dizendo que seus conhecimentos já eram suficientes. Alegava que estava tudo bem consigo e que a vida era assim mesmo.

Após os três primeiros meses de sua permanência no CRP, seu comportamento começou a mudar para uma atitude mais realista. Admitiu to da a insegurança e vergonha que sentia por não saber ler nem escrever. Ex pôs também seus verdadeiros motivos para a recusa da prótese, nos seguin tes termos:

"A prótese é muito feia, não vou botar aquilo de jeito ne nhum; é uma coisa branca, que parece de defunto".

Tanto o uso da prótese quanto seu encaminhamento para a alfa betização eram desafios que o cliente não queria enfrentar. Admitir a fraqueza foi para ele uma prova terrível. Houve nitidamente uma acentua ção do comportamento infantil, imaturo, sob uma capa de discplicência e superioridade.

O trabalho da Equipe de Reabilitação ao aceitar o medo e a insegurança do cliente, ao mesmo tempo que incentivava os aspectos positi vos de sua personalidade, mostrou-se profícuo e devolveu ao reabilitando um pouco de sua autoconfiança.

Após 8 meses em programa de reabilitação, o mesmo foi desli gado para assumir a função de ascensorista numa firma.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.

## 6 - AVALIAÇÃO

O estudo de campo atingiu o objetivo de investigar aspectos significativos na experiência do deficiente físico através de um método de observação ideográfica.

Em momento algum houve a pretensão de realizar-se um estudo normativo, embora futuramente, a partir desta experiência, seja possível uma abordagem com um controle maior de variáveis.

Sendo uma pesquisa de observação de campo, não foi estabelecido "a priori" um controle da amostra, sofrendo assim a inconveniência de uma rotatividade muito grande de clientes no Centro de Reabilitação Profissional.

O processo de escolha da amostra não obedeceu a uma técnica rigorosa, pois os indivíduos não foram sorteados aleatoriamente, nem escolhidos dentre grupos com o mesmo tipo de limitação física, o que certamente representaria melhor o universo.

Como as fotografias mobilizaram muitos dos reabilitandos, houve o cuidado em não impor essa sistemática a apenas alguns indivíduos selecionados previamente. O fato de ter sido aberto a todos o convite para se deixar fotografar evitou um clima persecutório e, de alguma forma, ameaçador.

Todavia, essa medida influenciou a amostra, pois a maioria dos que concordaram em participar são elementos mais espontâneos, que experimentam talvez uma melhor integração consigo mesmo. Os retraídos, que têm maior dificuldade de comunicação e de aceitação de sua auto-imagem, puderam optar entre participar ou não, sem se sentirem coagidos.

Os indivíduos de caráter predominantemente esquizóide foram os mais raros na amostra, não se encontrando entre eles nenhum portador de grande limitação. É possível que as pessoas do tipo esquizóide, por suas próprias características, tenham sido as que mais se esquivaram de participar da pesquisa.

Esses fatores, apesar de limitarem o âmbito do estudo, não impediram a possibilidade de uma observação clínica aprofundada.

O pequeno número de profissionais (três) que participaram como juizes resultou da dificuldade em se encontrar psicólogos suficientemente familiarizados com a bioenergética e que tivessem disponibilidade, na ocasião, para realizar a tarefa proposta. A própria avaliação das estruturas de caráter foi feita de maneira um tanto precária, pois fotografias, por melhor que sejam, não são capazes de revelar todos os aspectos que poderiam ser percebidos no contato direto de uma pessoa com outra. Além disso, para se realizar uma avaliação do caráter é preciso conhecer aspectos do comportamento do indivíduo e confrontá-los com a leitura corporal. Apenas a pesquisadora conhecia pessoalmente os sujeitos da amostra e, nessas circunstâncias, transmitiu as informações para os demais avaliadores, na tentativa de completar os dados necessários.

O critério de concordância dos avaliadores para identificação do caráter foi válido, pois os aspectos obtidos através de leitura corporal coincidiram, em sua maior parte, com o material das entrevistas e observações realizadas.

Foi possível efetuar um estudo em profundidade em todos os casos onde o critério se aplicou, muito embora somente alguns tenham sido aqui relatados, o que comprovou mais uma vez a eficácia desse método de avaliação.

.....

.....

.....

.....

.....

...

.

## 7 - CONCLUSÕES

O mundo do deficiente físico e seus problemas constituem um campo não muito conhecido dos psicólogos. As circunstâncias e limitações objetivas que envolvem o indivíduo incapacitado, em especial o adulto, transcendem as questões de ordem puramente psíquicas.

As restrições do mercado de trabalho, o grau de instrução e de qualificação profissional, o tempo de serviço numa determinada profissão, são fatores que contribuem para aumentar a resistência à mudança na vida de uma pessoa. Por outro lado, uma boa integração familiar proporciona ao indivíduo deficiente o conforto de não estar sozinho e de poder dividir sua carga de responsabilidade. Dessa forma, sobra-lhe energia para investir na reorganização de sua auto-imagem e, em muitos casos, de toda a sua vida.

Além dos fatores sociais e econômicos, a adaptação do indivíduo a uma incapacidade depende da sua estrutura psicológica. A organização do esquema corporal se faz em torno de padrões estabelecidos desde as primeiras experiências na infância, formando o caráter do indivíduo e explicitando simbolicamente sua existência. Uma lesão física na vida adulta obriga a uma retomada do processo de organização corporal, provocando a ascensão de uma nova expressão simbólica e ocasionando, com frequência, uma regressão psicológica aos padrões infantís originais até que sejam novamente elaborados para atingir a coerência adulta de corpo-psiquismo. O grau de aceitação de uma limitação física e conseqüentemente adaptação do indivíduo deficiente ao seu novo espaço estão relacionados com a percepção que ele tem de si mesmo e que vem sendo expressa através da estrutura corpórea e de toda a simbologia de seu espaço pessoal.

A percepção de mundo revelada pelos trabalhadores subitamente incapacitados remeteu-nos a um espaço de vida fragmentado e, por fim, à evidência física de uma lesão. Tornou-se necessário observar a movimentação do indivíduo em seu espaço, buscando apreender o significado da sua limitação em bases mais objetivas, ao invés de uma análise de sentimentos.

O estudo de campo revelou dados significativos. Pôde-se constatar que não há um padrão de reações comportamentais em indivíduos portadores do mesmo tipo de limitação, assim como a dificuldade de adaptação das pessoas a uma nova realidade não é proporcional à gravidade da deficiência.

A irreversibilidade de uma lesão física, como no caso das amputações, altera sobremaneira o esquema corporal, mas exige uma atitude de aceitação definitiva, pois é uma realidade da qual o indivíduo sabe intimamente que não pode fugir. Por outro lado, a pequena limitação causa uma série de transtornos ao seu portador, mas o seu aspecto definitivo não é muito claro. O indivíduo não se reconhece no presente. Percebe o seu corpo como algo em mutação que deverá evoluir com o tratamento: poderá restaurar sua capacidade funcional e voltar a ser o que era antes (passado) ou desenvolver o novo esquema corporal, assumindo a limitação (futuro).

A perspectiva temporal do deficiente praticamente não foi investigada nesta pesquisa, embora sentíssemos que era um fator de influência frente à reabilitação. A transitoriedade da situação contribui de tal forma para o clima de insegurança em que vive o reabilitando que freqüentemente a única solução que lhe parece plausível é a volta ao passado.

Não se pode concluir, como regra geral, que a pequena limitação desencadeia uma reação mais inconformada do que a grande limitação. É verdade que o não reconhecimento social de uma incapacidade gera sentimentos de inadequação entre o que está sendo vivenciado pela pessoa e o que é percebido externamente. Mas observou-se que o comportamento reativo do indivíduo está estreitamente ligado à posição defensiva de sua personalidade.

O excesso de energia em algumas áreas do corpo e a supressão em outras influem na reorganização do esquema corporal. Nos indivíduos cuja limitação física ocorreu em áreas bastante energizadas, o processo de adaptação foi mais difícil, notadamente no caso do caráter masoquista e do psicopático. Nos indivíduos de caráter rígido, onde o fluxo energê

tico é forte e bem distribuído, houve maior facilidade na reorganização corporal, independentemente do tipo de limitação adquirida.

Os reabilitandos de caráter esquizóide foram os mais difíceis de ser observados, justamente por sua posição discreta e esquiva. De modo geral são aqueles elementos que não se fazem notar, têm pouca iniciativa gregária, tendem a recusar ajuda e por isso dão a impressão de auto-suficiência. Os profissionais da reabilitação às vezes são levados a considerar as pessoas desse tipo como "bons reabilitandos", influenciados pelo fato de que eles não incomodam. Quem não se comunica não é lembrado, e a defesa esquizóide padece desse risco. Manter a unidade física e psíquica é o esforço supremo do indivíduo esquizóide na sua luta pela existência.

Um acidente que ocasione a perda de um membro ou uma lesão em alguma extremidade de seu corpo expressam, concretamente, a vivência da dissociação interior e das ligações "defeituosas" com o mundo externo. Talvez por essa razão, os indivíduos de dominância esquizóide abordados nesta pesquisa declararam não terem sentido modificações em seu corpo, apesar das novas limitações impostas. Cabe à Equipe de Reabilitação, com a sensibilidade inerente ao seu trabalho, ajudar esses indivíduos no seu esforço de integração, sem que, entretanto, a ajuda represente uma ameaça de invasão ao seu eu. É necessário que o indivíduo esquizóide possa confiar inteiramente no profissional que está cuidando de si para, a partir desse vínculo, ser capaz de estabelecer outras ligações significativas com o mundo exterior.

Os indivíduos de caráter oral merecem também um cuidado especial por parte dos Técnicos de Reabilitação. Apareceram em maior número nesta pesquisa e são, sem dúvida, os que se revelam mais. As características de oralidade foram bastante nítidas em todos os casos observados nessa categoria. Pode-se supor que tais características se tenham acentuado com situação de dependência favorecida pela limitação física. A necessidade de afeto nesses indivíduos é muito grande e qualquer perda ou condição de inferioridade traz implícita a ameaça de ser abandonado.

Não foi possível investigar a significado de uma lesão grave para o indivíduo oral, pois um caso desse tipo não apareceu nitidamente na amostra.

Permanece a suposição de que aumentaria a sua vivência de necessitado, mas seria preciso observar, em investigações futuras, de que maneira o agravamento das limitações físicas influi no padrão de comportamento do caráter oral, face à reabilitação profissional.

Os indivíduos extremamente orais cansam os técnicos, pois precisam constantemente de apoio, atenção, encorajamento, e nunca estão satisfeitos. É preciso compreendê-los, mas também criar condições para que eles se fortaleçam e aprendam a caminhar sozinhos.

O trabalho do psicólogo com o corpo do reabilitando poderá ser de grande utilidade no esforço global pela sua recuperação. Os exercícios da terapia bioenergética, ao mesmo tempo que aliviam as tensões, tornam a pessoa mais consciente do próprio corpo e da sua posição diante do mundo. A verbalização e elaboração das questões surgidas durante esse processo realimentam o desenvolvimento pessoal e abrem novas perspectivas para o indivíduo.

A partir do diagnóstico dos tipos de caráter, formulamos algumas sugestões para a atuação do psicólogo na reabilitação profissional:

- a)- dispensar atenção ao indivíduo de caráter esquizóide, proporcionando a ele oportunidade de interação com o meio ambiente, e desenvolvendo-lhe o sentido de realidade e existência. São aconselháveis para este tipo de indivíduos exercícios de sensibilização tátil, coordenação motora, movimentos rítmicos e expressão corporal;
- b)- não se deixar envolver pelas constantes solicitações do indivíduo de caráter oral, mas dar-lhe o apoio e afeto de que necessita. É necessário fortalecê-lo fisicamente, incentivar a correção postural, e aumentar sua carga bioenergética através de exercícios de respiração profunda e de transmissão de energia para os braços e as pernas;

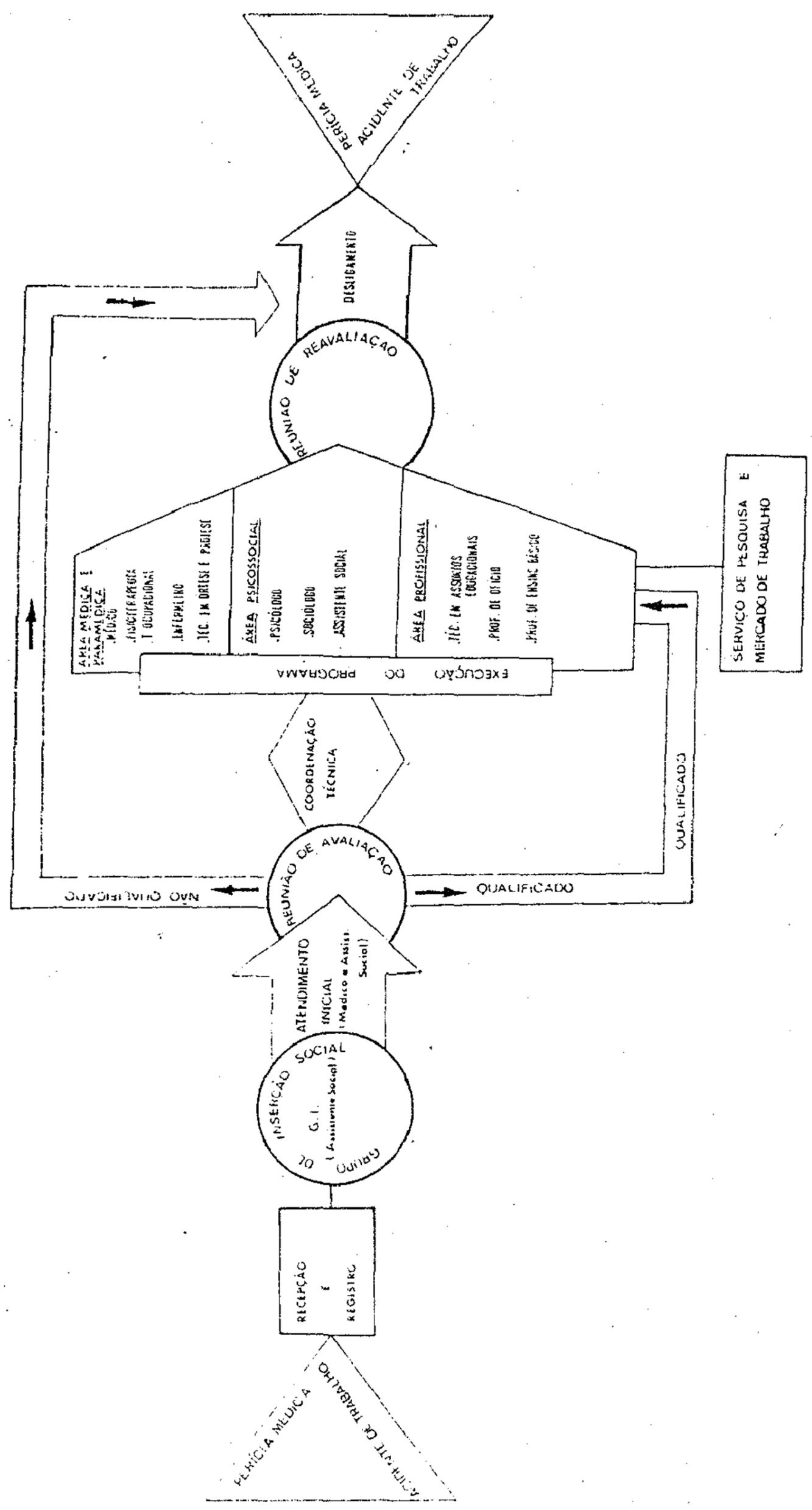
- c)- relaxar a musculatura superdesenvolvida do caráter psicopático, utilizando exercícios que transmitam energia e fortalecimento para as pernas, posto que a base do corpo é frequentemente oral. É necessário que esses indivíduos adquiram um maior equilíbrio bioenergético para que não se sintam incapacitados, caso tenham sua força física diminuída;
- d)- permitir ao caráter masoquista extravasar sua raiva através de exercícios de descarga energética, tornando-o mais leve e mais apto a reorganizar-se corporalmente. Atividades que exijam grande movimentação são úteis para devolver a flexibilidade e espontaneidade suprimidas no caráter masoquista;
- e)- tentar neutralizar a postura desafiadora do caráter rígido através de relaxamento, visando a um maior conforto físico, diminuindo as tensões lombares e do pescoço. Psicologicamente, o indivíduo do tipo rígido precisa conscientizar-se de que a frustração tanto pode ser consequência de pouco empenho quanto de um esforço exagerado. É necessário adequar suas aspirações a um nível de realidade menos exigente.

A utilização da bioenergética dentro do trabalho do psicólogo poderá ser eficaz em muitos casos, tanto de forma terapêutica quanto profilática. Os Centros de Reabilitação Profissional proporcionam um clima compatível com esse tipo de técnica, posto que os clientes lá estão para tratar dos seus problemas físicos em primeiro lugar.

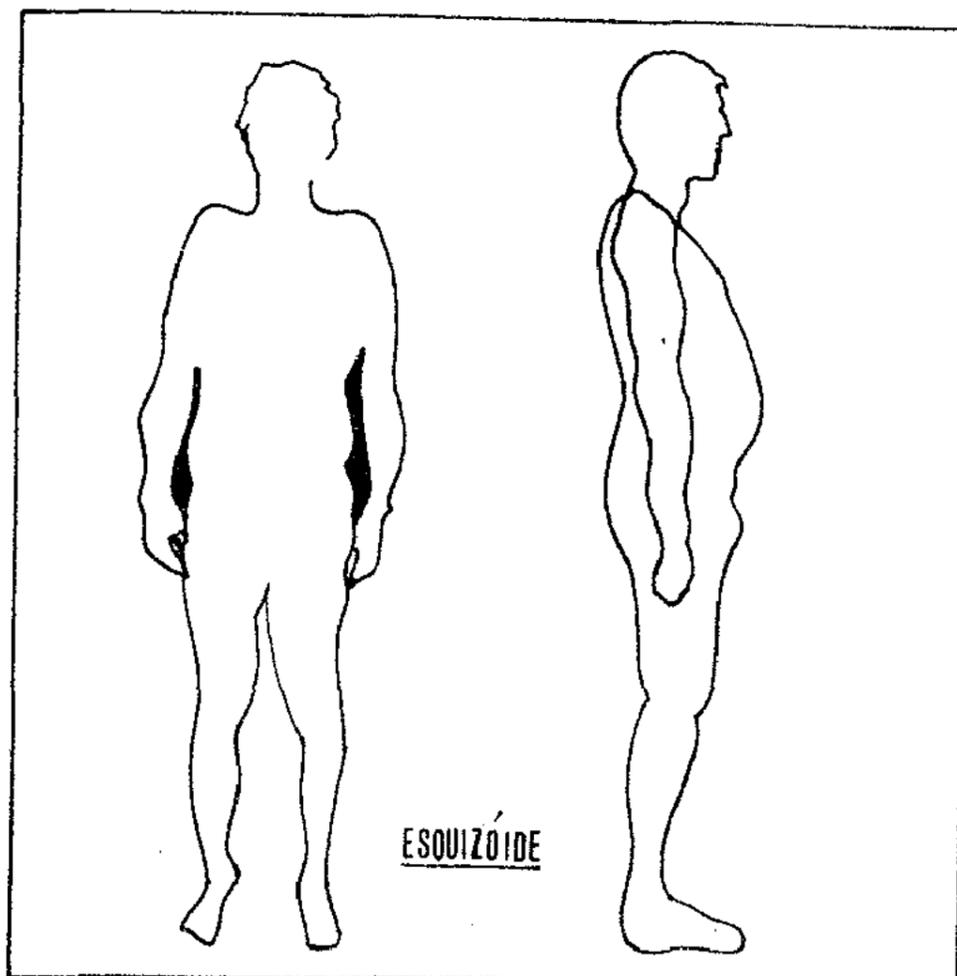
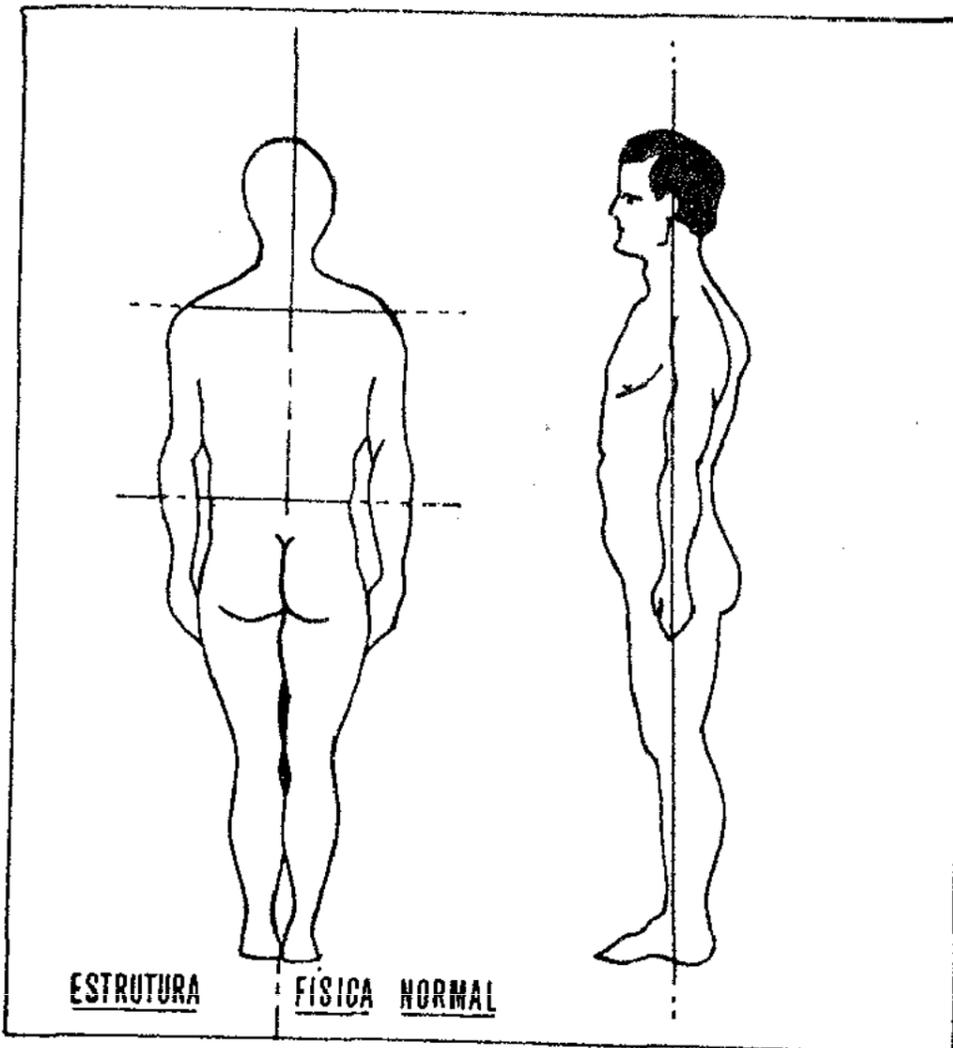
A análise do caráter fornece meios para um diagnóstico objetivo e rápido das possibilidades reativas dos indivíduos em processo de reorganização corporal e, sobretudo, revela-se uma técnica eficiente para a contribuição do psicólogo no campo da Reabilitação Profissional.

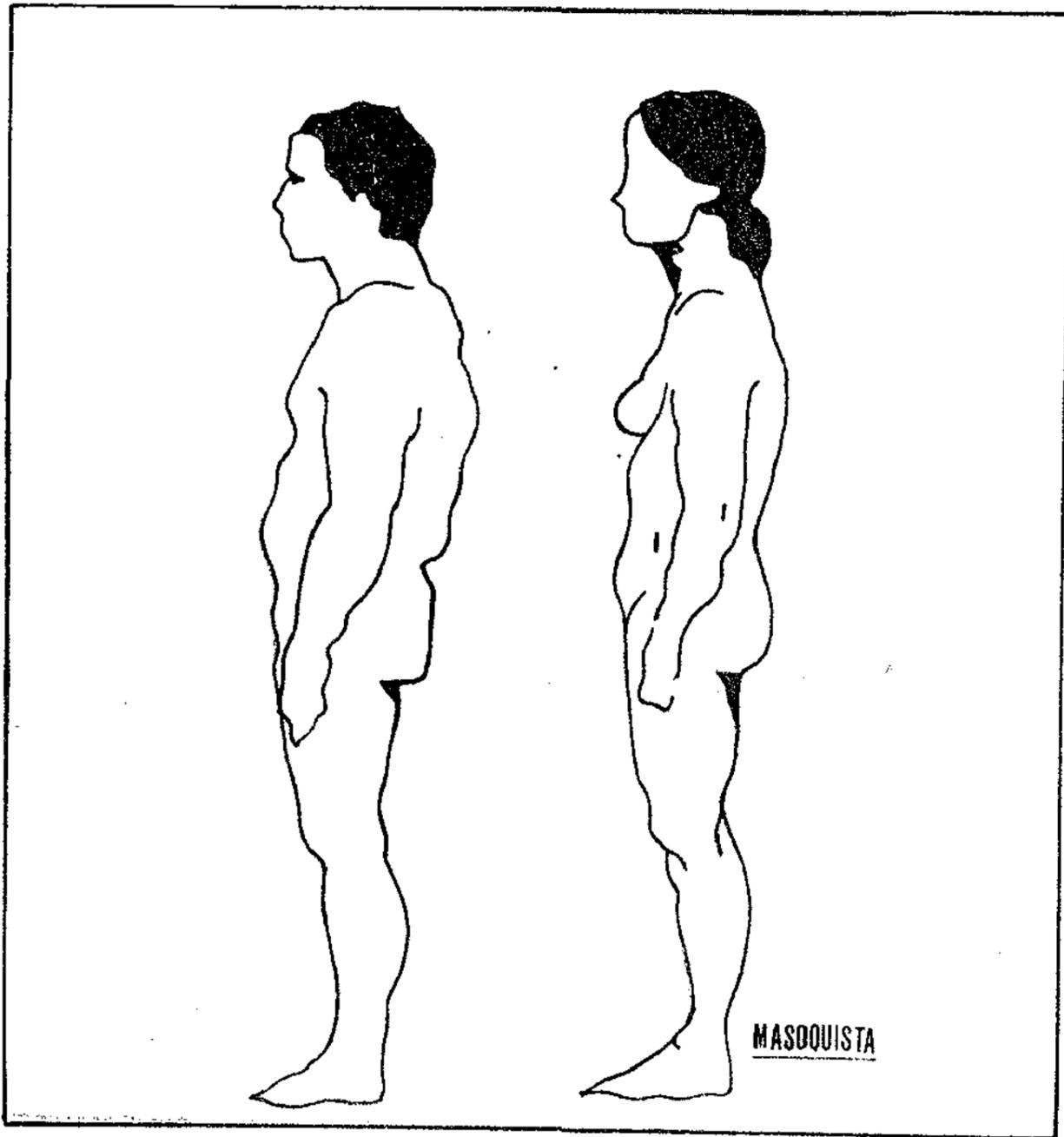
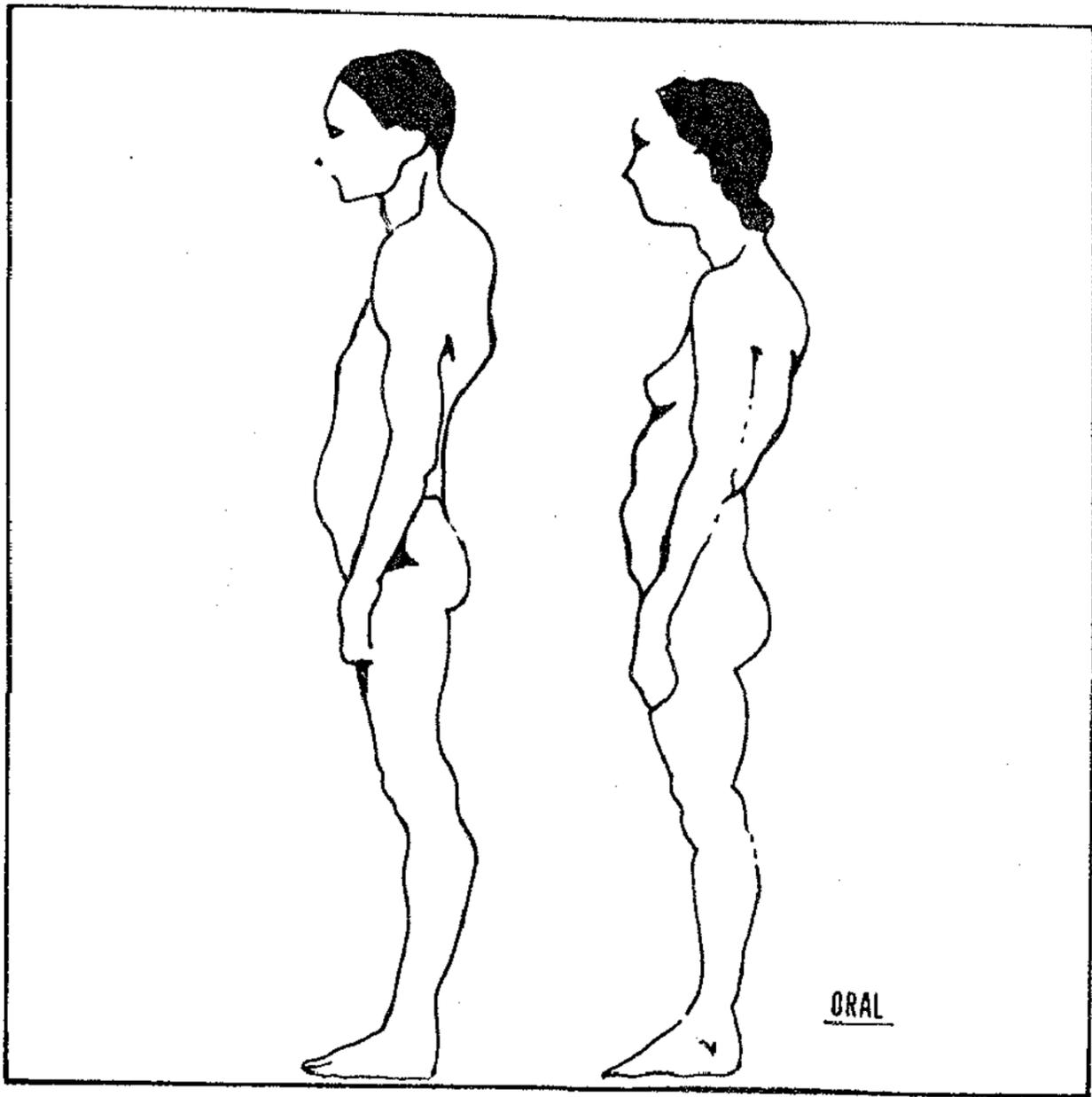
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

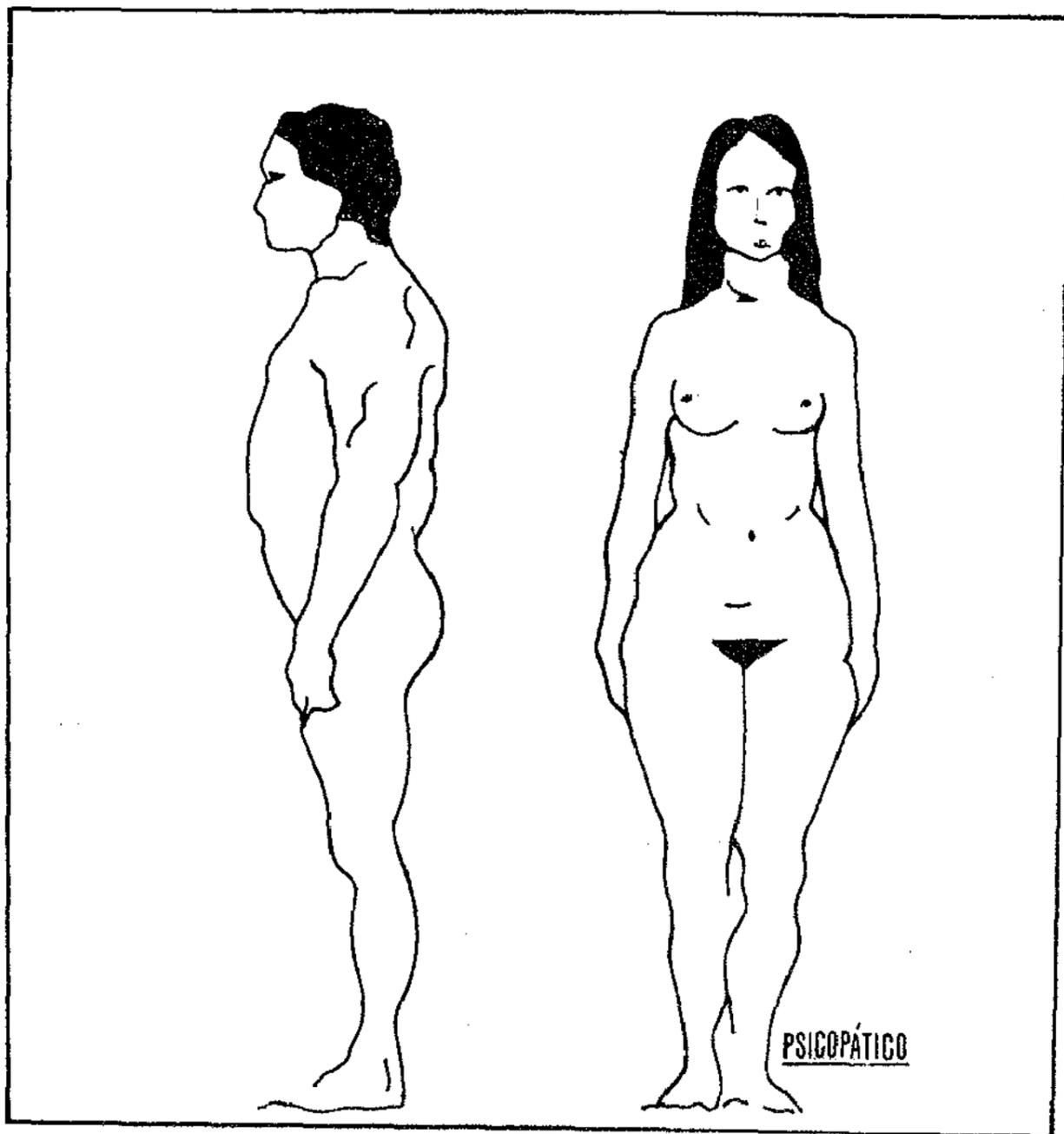
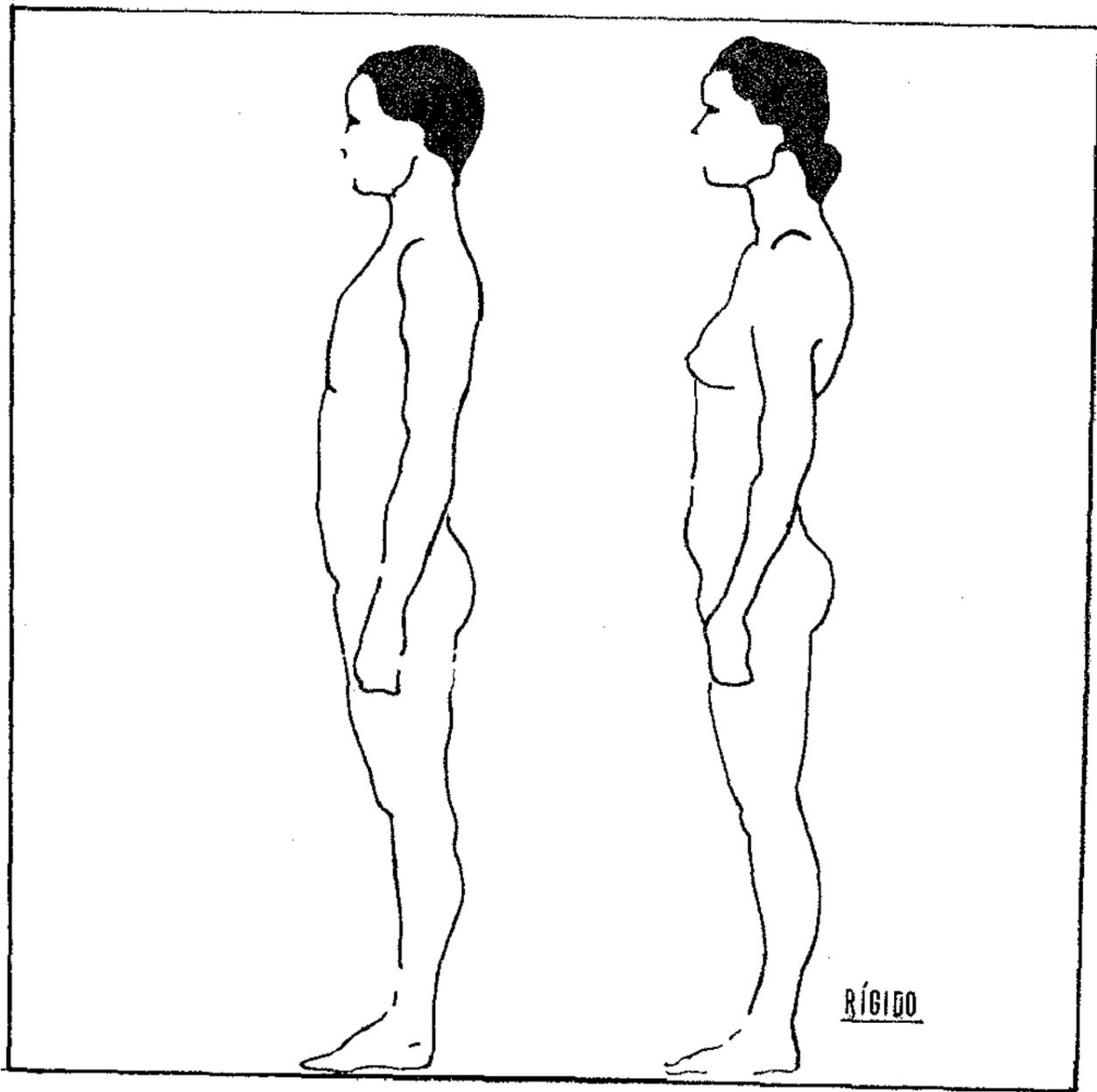
# FLUXOGRAMA DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL



CORRESPONDENTES FÍSICOS DAS ESTRUTURAS DE CARÁTER







## CARACTERIZAÇÃO DA AMÉSTIA

ANEXO 3

SUJEITOS	PRONTUÁRIO	IDENTIFICAÇÃO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	PROFISSÃO
01	1005/7	D N A	26	4a.série	marceneiro
02	845/1	A A R	22	4a.série	servente
03	811/7	J L O	29	3a.série	tecelão
04	916/4	J J B	25	7a.série	montador automóveis
05	302/6	C A S	23	8a.série	servente
06	752/8	R D S	20	analfabeto	aux.de tinturaria
07	785/4	C S	39	2a.série	servente
08	899/0	J M C	29	4a.série	lubrificador
09	1045/6	G V F	34	3a.série	operário braçal
10	890/7	V R	32	4a.série	motorista
11	1003/0	S R	26	4a.série	padeiro
12	1054/5	L C F	21	4a.série	servente
13	1225/4	J O N	56	3a.série	pedreiro
14	1109/6	L C O	29	4a.série	servente
15	1033/2	M A C	27	8a.série	Op.de máquina
16	1073/1	S D O	27	4a.série	servente
17	1040/5	M A C	30	4a.série	carpinteiro
18	1083/9	J G B	19	5a.série	servente
19	1018/9	S B O	49	3a.série	jardineiro
20	1223/5	E M C	37	4a.série	pedreiro
21	1078/2	N L F	33	4a.série	serv.de tecelagem
22	1139/8	M F X S	24	3a.série do 2º grau	desenhista
23	1050/2	L S	40	5a.série	motorista
24	1241/6	H D	43	4a.série	comerciante
25	1156/8	A C S	23	4a.série	servente
26	1103/7	E B S	20	5a.série	auxiliar serralha
27	1002/2	J A R	34	5a.série	auxiliar técnico
28	1263/7	A A S	22	1a.série do 2º grau	serralheiro
29	716/1	J H	38	6a.série	motorista
30	1162/2	S E B L	22	6a.série	apontador
31	1216/5	A N D	26	3a.série	artesão
32	1262/9	J M	25	4a.série	motorista
33	1228/9	J G M	30	4a.série	carpinteiro
34	1247/5	G M O	35	4a.série	carpinteiro
35	1286/6	R M P	30	2º grau incompleto	vendedor
36	1289/9	J F S	31	4a.série	cond.de máquina
37	1269/6	F T M	37	4a.série	servente
38	1208/4	J D B	30	4a.série	carpinteiro
39	1242/4	O S	32	analfabeto	maquinista
40	1136/3	A L A	32	analfabeto	pedreiro

AVALIAÇÃO DAS ESTRUTURAS DE CARÁTER

ANEXO 4

SUJEITOS	TIPO DE LIMITAÇÃO	ESQUIZOIDE	ORAL	MASQUISTA	RÍGIDO	PSICOPÁTICO	ATÍPICOS
01	rigidez 2º dedo mão E	B	<u>AAA</u>				
02	problemas de coluna	AA	BB		A		
03	amputação de 1/2 polegar D		AB		A	BA	
04	sequela paralisção perna E			<u>AAA</u>			
05	amputação traumática 1/2 pé D				<u>AAA</u>		
06	amputação braço E		B	BB	A	AA	
07	amputação 1/3 perna D		A		BBB	AA	
08	sequela de frat. fêmur D	ABA		A			
09	amputação perna E			AA	A		
10	amputação 2º e 5º dedos E		B		<u>AAA</u>		
11	lesão mão D	B	<u>AAA</u>				
12	limitação braço E			A	A	A	
13	frat. tornozelo E, joelho E, punho D	A		AAB			
14	amputação perna E			B	AA	A	
15	amputação 2º e 3º dedos E		B	AA	AB		
16	mão D em garra		BBB		A	AA	
17	lesão polegar E	A		A			A
18	imobilidade braço E		AA		A		
19	limitação joelho D		<u>AAA</u>				
20	limitação joelho D				<u>AAA</u>	B	
21	amputação mão E		ABB		A		A
22	amput. perna E; limit. cotovelo E	BBB		AA	A		
23	limitação ombro E	B				<u>AAA</u>	
24	limitação cotovelo D		<u>AAA</u>				
25	amputação 2º e 3º dedos D	AA	B		B		A
26	limitação joelho D		AAB			A	
27	fratura tornozelo E	B	AA			A	
28	limitação joelho E	AA			B	A	
29	amputação pernas D e E				<u>AAA</u>		
30	limitação joelho E		<u>AAA</u>				
31	limitação tornozelo E	AA			A		
32	escoriações ombro D, braço E, face		AA	B	A		
33	limitação joelho D	AAB	ABB		A		
34	amputação polegar D	A	B		A	B	A
35	limitação mão E	A			AA		
36	limitação braço D	<u>AAA</u>					
37	limitação joelho E		<u>AAA</u>			B	
38	fratura 4º dedo pé E			<u>AAA</u>			
39	amputação 2º, 3º e 4º dedos E		ABB		AA		
40	amputação 1º dedo, limit. dedos E		B		AA		A

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augras, M. - "O Ser da Compreensão", Petrópolis, Vozes, 1978, 96 p.
- Blundell, J. - "Psicologia Fisiológica", Rio de Janeiro, Zahar, 1976, 163 p.
- Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional, MPAS / INPS / SSP / Coordenação de Reabilitação Profissional-DG, documento mimeografado, circulação interna, Rio de Janeiro, 1980.
- Boletim Estatístico de Reabilitação Profissional, MPAS / INPS / SSP / Coordenação de Reabilitação Profissional-DG, documento mimeografado, circulação interna, Rio de Janeiro, 1981.
- Day, R.H. - "Psicologia da Percepção", Rio de Janeiro, José Olympio, 1973, 119 p.
- Dela Coleta, J.A. - "Atribuição de responsabilidade por um acidente-estudo exploratório", Arq. bras. psic., Rio de Janeiro, 32 (1) : 95-128.
- Freedman, Carlsmith & Sears - "Psicologia Social", São Paulo, Cultrix, 1970, 487 p.
- Freud, S. (1914) - "Sobre o Narcisismo: uma Introdução" in Obras Psicológicas Completas, Edição Standard Brasileira, Imago, 1974, XIV: 89-119.
- Freud, S. (1931) - "Tipos Libidinais" in Obras Psicológicas Completas, Edição Standard Brasileira, Imago, 1974, XXI: 251-254
- Goffman, E. - "Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada", Rio de Janeiro, Zahar, 1975, 158 p.
- Lazarus, R. - "Personalidade e adaptação", Rio de Janeiro, Zahar, 1976, 163 p.
- Lienhart, G.- "Antropologia Social", Rio de Janeiro, Zahar, 1973, 173 p.
- Lins, J. - "Características Psicológicas do Amputado", Porto Alegre, Boletim do Centro de Estudos e Pesquisas do Centro de Reabilitação Profissional/P.A., documento mimeografado, circulação interna, s/d, 5 p.

- Lowen, A. - "Psychopathic Behavior and the Psychopathic Personality", New York, Institute for Bioenergetic Analysis, 1976, 15 p.
- Lowen, A. - "O Corpo em Terapia", São Paulo, Summus, 1977, 342p.
- Lowen, A. - "O Corpo Traído", São Paulo, Summus, 1979, 267 p.
- Lowen, A. - "Stress and Illness: A Bioenergetic View", New York, Institute for Bioenergetic Analysis, 1980, 29 p.
- Lowen, A. - "Fear of Life", New York, Macmillan Publishing Co., Inc. - 1980, 264 p.
- Lowen, A. - "Bioenergetics", New York, Penguin Books, 1981, 343 p.
- Lowen, A. e Lowen, L. - "The Way to Vibrant Health: A Manual of Bioenergetic Exercises", New York, Harper & Row, 1977, 166 p.
- Normas da Reabilitação Profissional, M.P.A.S./I.N.P.S./Secretaria de Bem-Estar, documento mimeografado, s/d, 59 p.
- Noticiário da Reabilitação Profissional, M.P.A.S./I.N.P.S. / S.S.P./ documento mimeografado, Rio de Janeiro, 1980.
- Novaes, M.H. - "Psicologia Aplicada à Reabilitação", Imago, Rio de Janeiro, 1975, 132 p.
- Reich, W. - "A Função do Orgasmo", São Paulo, Brasiliense, 1978, 328 p.
- Reich, W. - "A Análise do Caráter", Lisboa, Martins Fontes, 1979, 572 p.
- Schilder, P. - "A Imagem do Corpo", São Paulo, Martins Fontes, 1981, 316 p.
- Sommer, R. - "Espaço Pessoal", São Paulo, E.P.U., 1973, 220 p.
- Teixeira, L.A. - "Aspectos Psicológicos da Reabilitação Profissional", Brasília, Boletim do Centro de Estudos e Pesquisas do Centro de Reabilitação Profissional/D.F., documento mimeografado, circulação interna, s/d, 10 p.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ  
fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Monique Rose-Aimée Augras

Monique Rose-Aimée Augras  
orientadora  
PUC/RJ - Deptº Psicologia

Maria Helena Novaes Mira

Maria Helena Novaes Mira  
PUC/RJ - Deptº Psicologia

Charles Alfred Esberård

Charles Alfred Esberård  
PUC/RJ - Deptº Psicologia

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 6/5/82

Vera Maria Ferrão Candau

Vera Maria Ferrão Candau  
Coordenadora dos Programas de  
Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas