

O estresse na reabilitação: a Síndrome da Adaptação Geral e a adaptação do indivíduo à realidade da deficiência

Stress in rehabilitation: the General Adaptation Syndrome and the adaptation of the individual to the reality of the disability

Maria Inês Orsoni Chagas ¹

RESUMO

O presente artigo explora a idéia de que o ser humano possui em seu DNA a capacidade para a adaptação às mudanças drásticas que ocorrem na vida, propiciando-lhe a sobrevivência em situações adversas, neste contexto, a aquisição de seqüelas incapacitantes. E se a isso estiver somada a resiliência, enquanto capacidade de transcender à crise com vantagens pode ocorrer uma retomada do desenvolvimento e uma melhora na qualidade de vida do indivíduo, a despeito das seqüelas.

Palavras-chave: Deficiência, Estresse, Resiliência Psicológica, Reabilitação, Adaptação

ABSTRACT

The aim of this article is to explore the idea of human beings having in their DNA, their ancestral heritage, the capacity to adapt to drastic changes that may occur in their lives. Such a capacity enables them to survive in difficult situations, such as disabling sequelae. In addition to this, if we consider resilience as the capacity to resist and overcome adversity there may come a resumption of development as well as an improvement in quality of life of individuals despite the sequelae.

Keywords: Stress, Disability, Psychological Resilience, Rehabilitation, Adaptation

¹ Psicóloga, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas FMUSP

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v17i4a103393

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Inês Orsoni Chagas
E-mail: mineschagas@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No processo de reabilitação podemos observar desempenhos variados, dos pacientes em tratamento, quanto à adaptação que conseguem alcançar frente às mudanças inevitáveis, às mudanças estabelecidas como propostas de tratamento, e ainda às mudanças experimentadas como possíveis alternativas para a nova realidade. Há um velho ditado que diz que “*só se muda se a dor de mudar for menor que a dor de permanecer*”. Sim, encarar a mudança que não escolhemos traz sofrimento, expectativa, ansiedade, medo, raiva. Essas emoções básicas, imprescindíveis para a sobrevivência dos seres humanos, são essencialmente fontes de energia e propiciam a percepção de ameaças à integridade, e são fundamentais para a reação defensiva e posterior ação construtiva. Em si mesmas, não são emoções boas nem más, desde que estejam a serviço do equilíbrio dinâmico exigido para a manutenção da vida. Se a pessoa souber ou vier a aprender como utilizá-las certamente terá ganhos imensuráveis nas diversas crises que fazem parte do viver. A raiva é produzida quando algo provoca ameaça contra a vida e o bem-estar. Ela leva o indivíduo a defender-se contra a ação ofensiva, o que pode ocorrer de diferentes maneiras. Torna-se um desafio para muitos de nós encontrarmos as formas menos destrutivas e mais criativas para utilizar a energia da raiva construtivamente. O medo, por sua vez, nos avisa e protege contra os riscos e perigos; podemos enfrentar o perigo e agir apesar do medo; em excesso o medo paralisa e impede a ação. A ansiedade traz em si o vir a ser, antecipa uma vivência, uma situação, é o “som” do motor que nos impulsiona na vida. A síndrome de adaptação geral, presente no funcionamento psicofísico, e colocada em ação inúmeras vezes durante o dia em nosso organismo, e mais intensamente durante crises agudas e crônicas, é o mecanismo biológico que a natureza concedeu ao ser humano para enfrentar e superar tais crises, adaptando-se às mudanças, durante o seu processo evolutivo, visando, provavelmente, o crescimento global do ser humano. Entretanto, esse mecanismo nem sempre funciona de forma bem sucedida, provavelmente devido a fatores multicausais, como a natureza orgânica e a genética do indivíduo, a sua natureza psíquica, o contexto social, e ainda a característica da crise vivenciada, resultando em transtornos psicofísicos.

“Enfim, a Síndrome Geral de Adaptação viabiliza as atitudes adaptativas necessárias para a manutenção da vida diante de um mundo dinâmico e altamente solicitante. Curiosa-

mente, diante desta maravilhosa característica adaptativa que proporciona a Síndrome Geral de Adaptação, intriga-nos o fato de tão brilhante mecanismo defensivo se relacionar com o desenvolvimento de transtornos emocionais, físicos e psicossomáticos”¹

Estresse (ou Síndrome da Adaptação Geral)

O estresse, muitas vezes considerado o vilão da vida moderna, causador de muito sofrimento devido aos sintomas físicos e psíquicos atribuídos a ele, não consta como entidade nosológica nos compêndios médicos; mas podemos encontrar sua definição no dicionário Aurélio: “estresse é o conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras capazes de perturbar a homeostase” (equilíbrio).

Trata-se, portanto, de um processo natural que nos capacita para a preservação individual e da espécie, propiciando a adaptação em situações de crise e mudança. Ele nos prepara para reagir a ameaças reais ou imaginárias, ambientais ou psicológicas, com maior força e resistência psicofísica. Tanto é que foi denominado por um dos seus estudiosos, H. Sayle, como a Síndrome de Adaptação Geral e que se constitui de três fases, descritas por Ballone:¹

A primeira é a Fase de Alarme que corresponde ao estresse agudo, a medula da glândula supra-renal secreta hormônios na corrente sanguínea, adrenalina e noradrenalina, em consequência da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal.

A segunda é a Fase de Resistência - essa fase corresponde ao estresse crônico e o principal gerador de respostas é a glândula supra-renal, que secreta permanentemente os glicocorticóides. Caso o agente estressor permaneça, a fase também permanece, embora modificada, e o mecanismo de defesa pode falhar levando o indivíduo a entrar numa terceira fase.

A terceira, Fase de Exaustão, nela há praticamente um retorno à fase de alarme e as reações disseminam-se novamente, sendo que seu caráter inicial protetor pode ir além das necessidades causando efeitos indesejáveis, como doenças e até a morte. A reação psicossomática ao estresse pode ser considerada uma falha na defesa e o alerta é traduzido em sistemas somáticos provocando alterações nos tecidos do corpo.

O estresse ocorre quando há um estressor, isto é, um estímulo capaz de provocar o aparecimento de um conjunto de respostas orgânicas, mentais, psicológicas e comportamentais relacionadas com mudanças fisiológicas padronizadas. Os comportamentos resultantes frente a ameaça são de luta, fuga, ou imobili-

dade, visando sempre destruir ou neutralizar o agente agressor (inimigo) bem como preservar a integridade pessoal e/ou grupal.

“Na realidade, toda essa revolução fisiológica produzida pelo Estresse visa colocar todo o organismo à disposição da adaptação, e não apenas através da adequação do desempenho físico e visceral do organismo, mas, sobretudo, fornecendo uma quantidade suficiente de ansiedade como requisito psicológico para a manutenção do estado de alerta. Dessa forma fica mais bem viabilizada as possibilidades de ataque ou de fuga”².

Frente à ameaça, assim percebida pelo indivíduo, imediatamente ocorre uma complexa rede de mensagens com produções de hormônios visando preparar o organismo para a ação. Especialmente hormônios como cortisol e seus derivados são liberados na corrente sanguínea, para estimulação das atividades físicas e intelectuais, e endorfinas que aumentam a sensação de potência e auto-confiança. O sistema límbico tem a função psíquica de avaliação da situação, dos fatos e eventos, e é lá que ocorre a integração dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico. No sistema límbico estão as áreas relativas às emoções primárias, relacionadas com as necessidades imediatas e responsáveis pela sobrevivência: fome, sede, libido sexual, medo e raiva. Essas emoções geram comportamentos motivados. Portanto, ações buscando a saciedade são realizadas, assim como o comportamento de defesa e/ou de ataque visando à integridade pessoal. Nesse sentido, não há muita diferença entre os modos de proceder dos humanos e dos demais animais. Mas obviamente, nos seres humanos, as funções psicológicas superiores e as emoções secundárias lhes permitem avaliar moralmente, planejar, discriminar, aprender através da experiência, aprimorar condutas, ter uma percepção consciente das sensações, uma percepção de si e dos outros, e estar motivado. Pode então adotar comportamentos mais refinados, compatíveis com o nível de evolução civilizada em que se encontra em seus diferentes grupos sociais. Nesse sentido, seus comportamentos derivam também das emoções secundárias, que são estados afetivos mais discriminados e complexos tais como: satisfação, prazer, amor, familiaridade, etc.

Alguns medos que estão presentes na mente humana foram herdados de seus antepassados longínquos, por estarem associados a situações que continham perigo em potencial e que foram assim vivenciadas por longos períodos. Esses medos podem ser ativados de forma intensa, irracional e inconscientemente, em situações atuais que representam ameaças

concretas ou imaginárias. São eles: o medo do desconhecido, do escuro, de espaços exíguos ou extensos, de animais peçonhentos, de ruídos de animais ferozes, de alturas extremas, da segregação, entre outros. Pode-se imaginar que especialmente nos primórdios das civilizações, tais situações podiam ser realmente mortais, dada à exigüidade de recursos apropriados à subsistência e manutenção da vida, tal como dispomos hoje. Encontram-se na gama de medos experimentados pelos seres vivos, os estímulos que tenham em si o fator surpresa e o fator intensidade. Desde a antiguidade, as situações sociais adversas como as que trazem injustiça, insegurança, desvalorização, cobranças excessivas e ameaça de segregação ou banimento estão permeadas pelo medo e a raiva.

Para que um estímulo seja reconhecido como estressor, deve ser percebido e interpretado como tal, portanto, depende da avaliação objetiva e subjetiva do indivíduo. Essa avaliação será, portanto, subjetiva, e dependerá das suas características de personalidade, sua história pessoal, vivências prévias, complexos e traumas, ambiente em que vive, e ainda o contexto e a forma como ocorre o estímulo. Ou seja, não basta o fato, é necessária a interpretação do fato para que ele seja considerado estressor.

Como foi dito, a síndrome do estresse ocorre para que se possa fazer frente a um perigo através da ação. Se a luta ou a fuga não podem ocorrer de forma orientada e dirigida, e ela se dá desorganizadamente, sem que se possam prever conseqüências, ou se a ação é impedida e não há resolução, após a fase de alerta o estresse entra na fase da resistência, e persiste a ansiedade, cujos sintomas são: tremores e sensação de fraqueza; tensão ou dor muscular; inquietação; fadiga fácil; falta de ar ou sensação de fôlego curto; palpitações; sudorese, mãos frias e úmidas; boca seca; vertigens e tonturas; náuseas e diarreias; rubor ou calafrios; polaciúria (urinar muitas vezes); bolo na garganta; impaciência; resposta exagerada à surpresa; dificuldade de concentração ou memória prejudicada; dificuldade em conciliar e manter o sono; irritabilidade. Vê-se que são sintomas físicos e psíquicos, que numa escala de maior intensidade esses podem derivar para transtornos psíquicos e doenças orgânicas.

Situações geradoras de estresse estão presentes no dia a dia, e mais marcadamente em determinadas ocupações profissionais, e também nas grandes cidades devido ao ritmo de vida intenso e acelerado. A capacidade de adaptação individual permite que o organismo resista por mais tempo a estímulos cada vez mais intensos, entretanto, esse é um fenômeno perverso que pode mascarar o desenvolvimento silencioso

de doenças, como a hipertensão, por exemplo. O impacto do estresse como desencadeador de problemas cardiovasculares, embora não apareça no conjunto clássico de fatores de risco, como a hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e sedentarismo, é um fator secundário que vem sendo cada vez mais estudado.

A dor é um dos principais sintomas psicossomáticos no estresse, seja de cabeça ou muscular, seguida das inflamações devido à queda imunológica; há também os distúrbios gástricos e alterações da pele. Estão presentes ainda as alterações do apetite, do sono e da libido, sendo que esta altera a performance sexual levando à diminuição do desejo, ou a anorgasmia na mulher e disfunção erétil no homem.

Num nível mais extremo, portanto, onde o organismo como um todo já vivencia o esgotamento por tempo prolongado, sem que haja perspectiva de resolução, sem combate ao elemento estressor, e sem que ocorram mudanças significativas no contexto vivencial, através das estratégias adotadas frente às adversidades, os sintomas podem se agravar ainda mais, e pode sobrevir a morte.

Há evidências de que estão mais propensas ao estresse as pessoas com personalidade menos flexível, com dificuldade para adaptação às mudanças, exigentes e perfeccionistas, competitivas, com tendência à ansiedade, que não se permitem descansar, as que são pouco criativas, que não praticam o lazer, intransigentes nos relacionamentos, ou ainda emocionalmente inconstantes e tensas por natureza.

“Os efeitos da Síndrome Geral de Adaptação sobre o indivíduo cronicamente ao longo do tempo compõem o substrato fisiopatológico das doenças psicossomáticas. Cada órgão ou sistema são envolvidos e apenados pelas alterações fisiológicas continuadas do Estresse, de início apenas com alterações funcionais e depois, com lesões também anatômicas. Por causa disso, podemos dizer que as Doenças Psicossomáticas são aquelas determinadas ou agravadas por motivos emocionais, já que é sempre a emoção quem detecta a ameaça e o perigo, sejam eles reais, imaginários ou fantasiosos”.¹

As emoções intensificadas pelo estresse podem alcançar níveis extremos e se configurarem como patológicas, em quadros psicopatológicos transitórios e na sintomatologia dos quadros crônicos. É o caso da raiva que pode se manifestar como ódio e violência patológicos nos comportamentos disruptivos; o medo irracional, inconsciente pode ser vivenciado como fobia ou pânico; o prazer, em alguns quadros de transtorno bipolar pode se manifestar como mania; a culpa que está na raiz de muitas doenças pode evoluir para sentimentos de

constrição e mortificação gerando atitudes autodestrutivas. São observados com freqüência, portanto, acompanhando quadros de estresse, a exacerbação de determinadas emoções nos sintomas que caracterizam os transtornos de ansiedade, transtornos do humor bipolar, depressão endógena, algumas vezes levando ao suicídio. Verificam-se ainda alterações transitórias de personalidade com o surgimento de comportamentos que normalmente não são apresentados pelo indivíduo como, por exemplo, intensa irritabilidade, intolerância, agressividade física e/ou verbal, instabilidade emocional, e reações à sensação de perseguição. A tristeza que é um sentimento natural de reação a perdas pode derivar em depressão profunda quando há desesperança, falta de perspectivas para a resolução da situação, e se há predisposição. A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história.

“No sentido patológico, há tristeza, pessimismo, baixa auto-estima, que aparecem com freqüência e podem combinar-se entre si. A depressão pode se originar tanto de fatores físicos como de psicológicos. Há evidências de pessoas com predisposição genética à depressão, influenciando na personalidade. Eventos traumáticos na história de vida do indivíduo podem ser determinantes no surgimento da depressão. Situações estressantes somadas a uma predisposição podem levar o indivíduo a depressão reativa, que tem como características o sentimento forte de desânimo com intensidade e duração variáveis, geralmente como conseqüência de perda e desilusão”.³

Um quadro psicopatológico que surge como conseqüência de situação fortemente estressora, e que necessita de tratamento imediato, é o transtorno de estresse pós-traumático, uma perturbação psíquica decorrente e relacionada a um evento fortemente ameaçador ao próprio paciente ou quando ele é apenas testemunha da tragédia. O transtorno consiste num tipo de recordação que é mais bem definido como revivência, pois é muito mais forte do que uma simples recordação. Além de recordar as imagens, a pessoa sente como se estivesse vivendo novamente a tragédia com todo o sofrimento que ela causou originalmente.

As substâncias psicoativas medicamentosas são utilizadas na terapêutica do estresse como uma das alternativas de tratamento, e, muitas vezes, acabam servindo de muleta para um processo complexo não resolvido. Para indivíduos dependentes do uso de substâncias ilícitas estas podem ser procuradas como um recurso para a supressão da ansiedade e angústia vivenciais. Nessas circunstâncias, aumenta a vulnerabilidade

de ao abuso e existe o risco de recaídas. Outras compulsões também podem ser desenvolvidas nas estratégias disfuncionais para lidar com o estresse, como a compulsão alimentar, compulsão para o consumo, para o jogo ou para o sexo. Através desses comportamentos, tenta-se mascarar os conflitos, aplacar ansiedades, aliviar sensações de mal-estar e receber recompensas. De qualquer forma, sempre que houver sintomas psicopatológicos, são recomendáveis avaliação e acompanhamento psiquiátricos.

Como consideramos que o estresse seja um mecanismo para adaptação do homem (e demais seres vivos) às exigências da vida, às situações de crise, às mudanças, sejam elas vistas como agressoras ou desafiadoras, pode existir certa dose de prazer nesse processo. O prazer de sentir-se vivo e de sentir-se capaz, com possibilidades para enfrentar a luta, para sobrepor-se às dificuldades, às adversidades, pois daí pode surgir um sentido para o viver. Nesse caso pode-se falar em “estresse positivo” ou eustress, que é uma determinada quantidade de estresse para nos mantermos interessados pela vida e enfrentarmos desafios. O eustress ocorre quando a situação é enfrentada de modo adaptativo, e pode ser tida como exemplo e estímulo para outras ações semelhantes que serão enfrentadas com auto-confiança, havendo assim maior probabilidade de resolvê-la.

Contrariamente, o estresse negativo, ou distress, relaciona-se com a diminuição das capacidades normais do indivíduo e com o surgimento da sensação de estar dominado pelas dificuldades impossíveis de serem ultrapassadas. Assim, o indivíduo não será bem sucedido e a tensão permanecerá elevada durante muito tempo, manifestando sintomas de distress que traduzem a sua má adaptação à situação de exigência em que se encontra.

O estresse faz parte do viver, entretanto, quando as exigências são intensas, excessivas, prolongadas, imprevisíveis ou quando não se possui as competências apropriadas para lidar com essas exigências, surgem sintomas de distress, o estresse negativo, que pode chegar a ser patológico, conforme descrito anteriormente.

“Talvez o ser humano, dito civilizado, tenha começado a padecer com a Síndrome Geral de Adaptação quando seus objetivos, inicialmente colocados à disposição de sua sobrevivência física, foram deslocados para a sua sobrevivência social e afetiva. Os agentes estressores, que continuamente estimulam a pessoa, não representam mais apenas ameaças ao seu bem estar físico e imediato, são, antes disso, também estressores que estimulam uma tomada de atitude diante de ameaças subjetivas e abstratas”¹

Processo de Reabilitação

Uma das grandes e significativas mudanças que ocorrem na vida de muitos indivíduos, homens e mulheres, em qualquer fase, é quando adquirem seqüelas físicas, sejam elas conseqüências de acidentes, doenças, ou hábitos inadequados de vida. Nessa circunstância, a síndrome geral de adaptação é vivenciada no imenso esforço pela sobrevivência física, e secundariamente, nas tomadas de atitudes visando a sobrevivência afetiva e social.

Um estilo de vida estressante provavelmente já estaria sendo vivenciado na fase pré-mórbida e que confluía numa situação crítica e risco de morte, pelo qual, em geral, passam muitas das pessoas que adquirem deficiências físicas. Mas não são apenas as condições orgânicas e ambientais e os dramas emocionais que podem desenvolver situações psicossomáticas e eventos acidentais, segundo Jung. Para esse autor, o indivíduo necessita estar sintonizado com o Self, sua natureza mais profunda, para fazer sua trajetória de desenvolvimento da personalidade e realização de papéis. Se ele está se orientando na vida de forma unilateral, isto é, sem considerar e vivenciar as polaridades, poderá necessitar que um evento dramático o redirecione. Ou seja, para que a psique se desenvolva podem ocorrer doenças psicofísicas, já que elas podem levar o indivíduo a se reorganizar psicologicamente, a se colocar num eixo e encontrar novo equilíbrio. Jung coloca a possibilidade do mistério da vida agir sobre os fenômenos humanos.⁴

A fase de alarme experimentada no momento crítico do dano à saúde, acompanhada de sentimentos de medo da morte, se reverte após a verificação da sobrevida, com esperanças de retorno à condição de saúde. Muitos pacientes relatam essa experiência como uma segunda chance de viver. Entretanto, o acidente ou a doença podem deixar seqüelas, o que representa um novo ataque à integridade psicofísica da pessoa, especialmente se houver o risco de serem permanentes. Entram novamente em um tumultuado processo de estresse, necessitando especialmente de apoio familiar, e em muitos casos, de apoio psicológico. A incerteza e a insegurança quanto ao futuro do próprio corpo, de como a vida poderá ser vivida, sobre as possibilidades de atuação e êxito, podem ser extremamente ansiógenas.

“O aqui-e-agora é apenas uma parte do esforço adaptativo do ser humano e, mesmo assim, não se trata de uma atitude voltada exclusivamente para a manutenção prática de sua existência. Psicologicamente a adaptação é convocada para que o indivíduo exista desta ou daquela forma e não simplesmente para

que exista. Além disso, o ser humano tem que adaptar-se emocionalmente às suas cicatrizes do passado e às suas perspectivas do futuro”²

É nessas circunstâncias que, em geral, o paciente procura o tratamento reabilitacional: numa condição física alterada, e em condições emocionais que lhe dificultam discriminar a própria situação e enxergar perspectivas que possam incluir a sua deficiência. Necessita, portanto, de auxílio para perceber o que está acontecendo com ele, num enfoque global. Na grande parte das vezes, o paciente não sabe muito bem o que significa *reabilitar*. A palavra para muitos insinua grandes promessas, como a de “voltar a ser o que era antes”. Na verdade, reabilitar implica em um processo multidisciplinar que objetiva o tratamento para a recuperação das funções alteradas, ou sua compensação, com a aquisição de novas habilidades, num enfoque biopsicossocial que permite ao paciente a inclusão social. Em instituição esse processo tem um tempo determinado pelos objetivos estipulados pela equipe junto ao paciente, de acordo com a avaliação realizada pelos profissionais das diferentes áreas de tratamento, e que pode ser alterado conforme a evolução apresentada por ele. Do ponto de vista do próprio paciente, entretanto, esse processo pode durar toda a vida, conforme sejam seus interesses e motivações para o aprendizado, seu empenho para a busca de novas adaptações, e a necessidade que apresente de desenvolvimento de habilidades.

Jung menciona em sua obra que a aceitação do corpo é absolutamente necessária para o desenvolvimento psicológico e a para a individualização. E sendo justamente o corpo a área crítica que agora determina outras mudanças na vida do paciente, como a funcionalidade, os relacionamentos, o trabalho e a vida social, a terapêutica é enfatizada sobre o corpo, e se estende à área psicológica e social. É na reunião da equipe multidisciplinar que a análise das diferentes áreas ocorre, para que se opte por uma abordagem harmoniosa e objetivos comuns.

A aquisição de seqüelas físicas coloca a pessoa numa nova perspectiva frente à vida: ela agora é parte de uma categoria não invejável, dos deficientes. É uma situação nova, desconhecida, portanto provocadora de medo. É também uma situação pouco privilegiada, que impõem muitos limites, que pode trazer o sentimento de grandes perdas, e assim ser provocadora também de raiva e tristeza.

Pode-se falar genericamente dessas emoções reativas porque elas fazem parte de um padrão de comportamento estereotipado, arquetípico, presente no inconsciente coletivo. Assim como também é arquetípica a aspiração

à perfeição que o ser humano manifesta através de seu ideal de beleza, saúde, juventude, imortalidade. Os gregos nos mostraram pela mitologia o quanto acreditavam nesse ideal, e uma das imagens ilustrativas dele é Apolo, considerado o deus da perfeição, beleza, harmonia, equilíbrio, razão, ele era ligado aos jovens e à natureza, era símbolo da inspiração profética e artística. É o verdadeiro *arquétipo da perfeição*, e sua imagem exibe saúde, vigor, beleza, força, inteligência, perspicácia, juventude, poder, atributos cobichados pelos humanos, pois com eles se pode alcançar grandes realizações e obter o reconhecimento de seus pares. No pólo oposto encontra-se o arquétipo do inválido⁵ que expressa a imperfeição, doença, feiúra, deformidade, impotência, incapacidade e provoca a repulsa.

O arquétipo do inválido também pode ser personificado através do mito. Ele conta que entre os deuses do Olimpo, nasceu Hefesto, filho de Júpiter e Juno, com deformidade física; Juno aborreceu-se com esse fato e por isso ele foi atirado à Terra para viver entre os homens; rejeitado entre os deuses (esfera da idealização na psique humana), foi acolhido e cuidado pelos humanos. Ao crescer desenvolveu habilidades de artesão, forjava o ferro e fabricou objetos utilitários, decorativos e jóias de grande beleza e originalidade com os quais presenteava as pessoas e os deuses por quem passou a ser muito valorizado e admirado. Além disso, recebeu de Júpiter, em casamento, a mão de Afrodite, a mais bela entre as deusas.⁶ Esse mito nos fala basicamente de duas verdades: entre os humanos não há perfeição, há *aperfeiçoamento*. Os seres humanos vivem uma realidade onde há imperfeições, e provavelmente todos sejamos imperfeitos, deficientes, seja no nível físico, emocional, mental ou moral. O mito também nos ensina que se acolhida, cuidada e estimulada, a pessoa com deficiência supera sua limitação e pode chegar a grandes realizações, muitas vezes superando o padrão de normalidade. Através das realizações podemos mostrar – ao menos parcialmente – quem somos. Então Hefesto, desvalorizado inicialmente pelos deuses, com a superação dos limites impostos pela deficiência, passou a ser respeitado e admirado por eles.

“O arquétipo do inválido pode ser muito útil para quem vive em função dele. Contrabalança a inflação do ego e cultiva a modéstia. Porque as fraquezas e imperfeições humanas são honradas, é possível uma espécie de espiritualização. O invalidismo é um ‘memento mori’, um confronto incessante com as limitações físicas e psíquicas. Ele não permite e fuga para fantasias de saúde ou o distanciamento da noção da própria morte. Promove a paciência e doma o exagero do agir. De certo modo, é um arquétipo

muito ‘humano’. A fantasia de saúde e integridade pode ser conveniente aos deuses, mas para meros mortais é uma verdadeira tribulação.”⁵

Jung afirma que a psique humana funciona com pares de opostos, e que ambas as polaridades devem ser integradas para que haja equilíbrio psíquico; transcendendo aos opostos chega-se a um nível psíquico em que ambos possam coexistir. Entretanto, a consciência coletiva ainda privilegia a polaridade da perfeição.

Quando o arquétipo do inválido está entre nós, necessitamos desenvolver instrumentos apropriados para lidar com ele. As exigências são especiais e muitas vezes não experimentadas. São elas a *tolerância* que depende de uma expansão do espaço pessoal em que caibam outras e novas realidades - ser tolerante significa admitir e respeitar opiniões diferentes das suas; a *paciência*, que pode ser apenas resignação num certo sentido, mas é também a perseverança tranqüila, a possibilidade de esperar com fé e confiança mantendo-se firme em seu propósito; a *perseverança*, que é a constância no proceder, ainda que os resultados sejam incertos; a *aceitação*, uma capacidade de acolhimento e aprovação de si mesmo com as mudanças sofridas corporalmente, e também a aceitação daquilo que é diferente, desconhecido. Aceitar é receber a coisa oferecida, seja a situação em si, seja a ajuda tão necessária na condição de dependência; aceitar, muitas vezes, pode representar a própria cura, quando a situação não permite a melhoria. O convívio com a *mudança* como sendo ela também um processo natural da vida, já que nada é permanente, e vivê-la como a oportunidade de transformação é outra das exigências do arquétipo do inválido. As mudanças bruscas e inesperadas são vivenciadas como crises às vezes agudas na existência humana, entretanto, elas carregam em si potencial transformador, sendo por isso oportunidades para o desenvolvimento pessoal e social. Esses comportamentos e atitudes dentro de situações estressoras sem solução aparente podem equivaler ao comportamento de imobilidade ou congelamento como resposta ao estresse, ou seja, uma espera estratégica em que se aguarda o momento e a possibilidade de ação motora mais adequada e possível, *se possível*. Interiormente o processo de transformação já está ocorrendo, possibilitando um enfrentamento que resultará em adaptação.

O homem é um ser que atribui sentido às suas vivências, e em geral necessita de um propósito que dê sentido à sua existência.⁷ Frente aos eventos de grande repercussão individual e social, ele não se contenta, na maioria das vezes, com a compreensão imediata dos acontecimentos em seu aspecto concreto, descritivo,

mas busca compreender o que o motivou e qual o significado subjacente a ele. Esse processo de busca de sentido (sentido enquanto propósito e também enquanto direção) pode passar a ser o foco de interesse do paciente durante seu processo de reabilitação, e pode durar um longo período em sua vida, já que os símbolos não se esgotam, agregando sentido às imagens, fatos, eventos da vida, propiciando uma compreensão cada vez mais ampla e coesa do processo do viver. Quando há essa inquietação interior, observa-se que o paciente em reabilitação geralmente se mantém motivado a buscar alternativas para sua condição deficiente em etapas subsequentes de sua vida.

Dessa forma, a situação da deficiência, carregando em si sucessivas mudanças, e com elas o fator do desconhecido, exige do paciente uma disposição interna para a luta e para o enfrentamento. Ainda que esteja com sentimentos de medo, raiva, culpa, revolta etc., é necessária essa disposição, essa intenção voluntária, para que esteja participando de seu processo de reabilitação de forma motivada. Considerando-se a motivação como um complexo de fatores intrínsecos e extrínsecos (instintos, necessidades, impulsos, apetências, homeostase, libido, e outras variáveis intervenientes) que determinam a atividade persistente e dirigida para uma finalidade ou uma recompensa.⁸ É compreensível que haja períodos de falta de motivação para o paciente que adquire seqüelas, na fase mais crítica de seu estado de saúde, ou em períodos de luto e depressão.

O processo de reabilitação como um todo deve auxiliar o paciente a passar pela reabilitação sob estresse moderado, se necessário acompanhado por psiquiatra se houver grandes oscilações. Pois o paciente está diante de um desafio importante, e para enfrentá-lo necessita de *eustress*, ou seja, necessita provar sua capacidade, acreditar em suas competências, desenvolver sua auto-estima e segurança; necessita lutar em muitas das situações apresentadas, ainda que também seja adequado fugir de outras que estejam aquém de suas condições físicas e psicológicas atuais, para confrontá-las em outro momento de modo mais adequado. Na reabilitação a luta é árdua, mas também é sutil; traz realizações ansiadas e às vezes inesperadas, e também traz frustrações.

Via de regra, após ou durante o primeiro momento, em que as condições clínicas estão sendo mais intensamente visadas para que ocorra a recuperação, o paciente lida com seus sentimentos de perdas físicas, afetivas, sociais, entre outras, e inicia a elaboração do luto, através da busca do entendimento da situação como um todo, da introjeção do que foi per-

dido, e da aquisição de um olhar prospectivo. Mais adiante, o trabalho visando minimizar seqüelas é mais acentuado, e posteriormente há a busca de adaptações ao meio ambiente, seguida do desenvolvimento de projetos para o futuro e da inclusão social. O processo de luto pode permear todo o processo reabilitacional, pois cada nova etapa evoca as perdas sofridas num novo contexto, exigindo do paciente constantes adaptações cognitivo-emocionais. Ele pode, pois, mostrar-se motivado e reagir com disposição de luta em algumas etapas, mas restringir-se em outras. Sabe-se que a pessoa com deficiências adquiridas passa pelos estágios referidos por Kubler Ross,⁹ de *negação*, em que ele não acredita no que está acontecendo e parece não ser com ele; de *raiva*, em que normalmente agride passiva ou ativamente o outro ou a si mesmo, em função das frustrações pelas quais está passando; a *barganha*, um momento em que, em desespero, muitas vezes dispõe-se a fazer qualquer coisa para se livrar da situação pela qual está passando; a *depressão*, uma fase em que nada que ele queria alcançar aconteceu e o pensamento dominante é o de que nada mais importa; e finalmente a *aceitação*, seja ela uma conseqüência do novo sentimento de fé, ou fruto da compreensão e esperança, uma nova perspectiva se abre, e a pessoa vê possibilidades de prosseguir ainda que na condição de deficiente. Os estágios acontecem nem sempre nessa seqüência nem uma fase de cada vez, mas essas etapas podem ressurgir a cada nova fase do processo de reabilitação e ao longo da vida. O paciente necessita aprender a viver a mudança, elaborar o luto da perda, e é importante saber que aprender significa caminhar para frente e retroceder sempre que necessário, pois esse fenômeno é assim observado muitas vezes na prática da reabilitação tanto no processo de aquisição de habilidades quanto psicológico, com oscilações na sua disposição de lutar, ainda que a evolução seja positiva. Portanto, trata-se de uma reconstrução de si mesmo, em que se une o passado a um futuro antes impensado.

“Talvez, em algum momento de nossa pré-história, o ser humano não necessitasse mais apenas sobreviver, como talvez tenha sido a preocupação absoluta de nossos ancestrais da caverna, mas, necessitava sobreviver socialmente, profissionalmente, familiarmente e economicamente. Não era mais necessário adaptar-se apenas ao aqui-e-agora, como exigência momentânea de sua trajetória existencial, mas, sobretudo, devia adaptar-se ao seu passado, ao seu presente e ao seu futuro.”²

São situações potencialmente estressantes no processo de reabilitação, aquelas que colocam o paciente em confronto com as suas frus-

trações, suas perdas, limitações, sua impotência, seus aspectos de *sombra* que é “a soma de todas as qualidades desagradáveis que o indivíduo quer esconder, o lado inferior, sem valor e primitivo da natureza humana...”, as características de inferioridade e desadaptação que todo indivíduo possui, que vêm à tona quando ele está em grandes dificuldades, e quando vivencia a regressão narcísica no momento em que adoecer.¹⁰

Ironicamente, o anseio da pessoa em “voltar a ser como antes” jamais é alcançado, pois, mesmo quando a seqüela física é transitória, adquirem uma experiência psicológica indelével em suas vidas. O passado não volta, é resignificado. Com a aquisição da deficiência o indivíduo nunca mais será o mesmo, pois sofre transformações drásticas, iniciando assim um *rito de passagem*. A reabilitação enquanto processo é o que permite ao paciente completar esse rito de maneira satisfatória e não sucumbir à condição da deficiência. O ritual funciona como um continente psíquico para a transformação.¹⁰

“Os chamados ritos de passagem, que ocupam lugar tão proeminente na vida de uma sociedade primitiva (cerimônias de nascimento, de atribuição de nome, de puberdade, de casamento, morte, etc.) têm como característica a prática de exercícios formais de rompimento normalmente bastante rigorosos, por meio dos quais a mente é afastada de maneira radical das atitudes, vínculos e padrões de vida típicos do estágio que ficou para trás. Segue-se a esses exercícios um intervalo de isolamento mais ou menos prolongado, durante o qual são realizados rituais destinados a apresentar, ao aventureiro da vida, as formas e sentimentos apropriados à sua nova condição, de maneira que, quando finalmente tiver chegado o momento do seu retorno ao mundo normal, o iniciado esteja tão bem como se tivesse renascido.”¹¹

O paciente vive a transformação ao sair de uma situação x quando adquire a deficiência; passa a assumir o arquétipo do inválido ao se ver inferior ao que era e vive essa dor; com a reabilitação adquire força emocional e habilidades físicas para transpor os obstáculos pessoais e sociais; nessa jornada alcança valores inestimáveis na esfera psíquica, um processo que equivale a introjetar o arquétipo do herói. O herói é aquele que sai de sua terra, enfrenta grandes obstáculos, realiza proezas, faz conquistas e obtém ganhos, e retorna à sua terra enriquecendo-a. Essa imagem simboliza uma função psíquica que faz o link entre os dois arquétipos opostos, da perfeição e da imperfeição, e, através desses dois opostos transcendidos, o indivíduo se habilita para viver o verdadeiro humano.

Para o paciente, é a resiliência, enquanto “capacidade de reaprender a viver após um fe-

ramento” um dos mecanismos psicológicos essenciais ao enfrentamento positivo para e após a elaboração do luto. Trata-se de um processo que se desenvolve na primeira infância, com a tessitura dos laços afetivos e com a expressão das emoções, segundo a Psicanálise.

“O conceito de resiliência, do latim *resiliens*, de resiliere, se refere à característica mecânica que define a resistência de um material aos choques. O conceito para a Psicologia, por vezes conflituoso, retomado por Boris Cyrulnik, etólogo, neuropsiquiatra e psicanalista, se refere ao processo que permite retomar algum tipo de desenvolvimento apesar de um traumatismo e em circunstâncias adversas.”¹²

Nessas condições, o indivíduo necessita do apoio externo para que reconheça sua capacidade de enfrentamento.

“Pressupõe-se que o sujeito resiliente, com aptidões adquiridas ao longo dos seus primeiros anos, que lhe forneceram apego seguro, deve apelar aos recursos internos impregnados em sua memória, brigar para não se deixar arrastar pela inclinação natural dos traumatismos que o fazem navegar aos trambolhos de golpe em golpe, até o momento que uma mão estendida lhe ofereça um recurso externo, uma relação afetiva, uma instituição social ou cultural que lhe permita a superação.”¹²

Um exemplo é o de um homem com mais de 60 anos, diabético, músico, que teve amputação bilateral de membros inferiores, e fez a colocação de próteses em seguida. Entretanto, ficou por cinco anos estagnado na condição de *deficiente inválido*, sem assistência reabilitacional adequada, com sintomas de estresse pós-traumático, sem uso adequado das próteses, e sem autonomia, apesar de possuir uma personalidade vivaz e uma história de vida com episódios de bom enfrentamento em situações difíceis. Após alguns meses em processo reabilitacional, fazendo uso da rede de saúde, com acompanhamento psicológico e psiquiátrico, readquiriu equilíbrio emocional e motivação para o tratamento, autonomia, independência e retorno a atividades sociais. Percebe-se que apesar de seus recursos pessoais e apoio familiar, o impacto causado pela perda dos membros não foi superado sem ajuda técnica especializada e sem a articulação entre as diferentes especialidades que compõem uma equipe multiprofissional na reabilitação. A resiliência era um recurso psicológico presente, mas estava bloqueada. O paciente necessita da segurança proporcionada pelo acolhimento, pelo saber, pela coerência, e pelo tratamento humanizado dispensado a ele, e essa condição, em geral, proporciona ao paciente um novo lugar, gera um “espaço potencial” ou continente psíquico, onde ele tem a possibilida-

de de acessar seu potencial saudável, sua capacidade de auto-cura,¹⁰ que favorece em muito o processo de reabilitação. Portanto, o processo de reabilitação depende em grande parte dos relacionamentos, da sinergia alcançada entre os diversos componentes: paciente, profissionais, familiares, sociedade.

Uma vez que o arquétipo do Inválido enfatiza a dependência humana, uma vez que força a aceitação da nossa necessidade mútua de outras pessoas, é um importante fator de relacionamentos. Hoje somos atormentados por (...) uma ilusão da “pessoa independente”. Ainda existem aqueles que acreditam ser possível viver com total independência em relação aos outros. Todos nós somos dependentes de alguém!⁵

A pessoa com deficiência necessita do apoio familiar para viabilizar seu processo de reabilitação. E essa família necessita do apoio social para fazer o seu papel. Seus membros também sofrem os sintomas do estresse e necessitam de cuidados e orientação dos profissionais. A par disso, nas instituições, o convívio entre pacientes, cuidadores, familiares, propicia trocas de experiência e apoio mútuo, suavizando as dores e ansiedades, e muitas vezes criando espaço relacional que favorece não só o alimento afetivo, como também o aprendizado de novas formas de enfrentamento, e a construção de novas realidades, individuais e coletivas onde a deficiência é também protagonista. Essa é a conquista que a capacidade natural de adaptação humana busca realizar neste momento histórico em que a deficiência começa a deixar de ser olhada com piedade e passa a ser vista como uma condição de vida, uma característica pessoal adquirida, a ser aceita como tal, e vivenciada segundo suas peculiaridades, tanto individualmente quanto socialmente.

“Nenhuma teoria ou ciência do mundo ajuda tanto uma pessoa quanto um outro ser humano que não tem medo de abrir o coração para seu semelhante.”⁹

4. Jung CG. Fundamentos de psicologia analítica. Petrópolis: Vozes; 1996.
5. Guggenbühl-Graig A. O inválido, em espelhos do self: as imagens arquetípicas que moldam a sua vida. São Paulo: Cultrix; 1994.
6. Bulfinch T. O Livro de ouro da mitologia: história de deuses e heróis. São Paulo: Ediouro; 2004.
7. Jung CG. O Homem e seus símbolos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1997.
8. Cabral A, Nick E. Dicionário técnico de psicologia. São Paulo: Cultrix; 1994.
9. Kübler-Ross E. Roda da vida: memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.
10. Samuels A, Shorter B, Plaut F. Dicionário crítico de análise Junguiana. Rio de Janeiro: Imago; 1988.
11. Campbell J. O herói de mil faces. São Paulo: Cultrix/Pensamento; 1993.
12. Cremasco MVF. Violência e resiliência: enfrentamento do traumático na clínica psicanalítica. Lat Am Journal of Fund Psychopath Online. 2008;5(2):222-40.

REFERÊNCIAS

1. Ballone GJ. Fisiologia do estresse [texto na Internet]. In: PsiqWeb [homepage na Internet]. São Paulo: PsiqWeb; c2011. [citado em 2010 Mar 21]. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=305&sec=27>
2. Ballone GJ, Moura EC. Como (e porque) acontece o estresse [texto na Internet]. In: PsiqWeb [homepage na Internet]. São Paulo: PsiqWeb; c2011. [citado em 2010 Mar 21]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=23>
3. Coelho Júnior AG, Pedroso JS, Afonso JL, Coimbra MJ, Cerqueira MM, Michalick MF. Reações autonômicas e hormonais. Rev Psicofisiologia. 1998; 2(1).