

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE APOIO A PESQUISA

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL ATRAVÉS DE ESCALA DE
CATEXE EM ALUNOS COM LESÃO MEDULAR DO PROGRAMA DE
REABILITAÇÃO DO PROAMDE/HUGV

BOLSISTA: PAULO MOTA MEDEIROS JÚNIOR

MANAUS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATORIO FINAL

PIB-SA/0070/2015

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL ATRAVÉS DE ESCALA DE
CATEXE EM ALUNOS COM LESÃO MEDULAR DO PROGRAMA DE
REABILITAÇÃO DO PROAMDE/HUGV

BOLSISTA: PAULO MOTA MEDEIROS JUNIOR, FAPEAM

ORIENTADORA: MINERVA LEOPOLDINA DE CASTRO AMORIM

MANAUS

2016

Todos os direitos deste relatório são reservados à Universidade Federal do Amazonas e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa Do Estado do Amazonas – FAPEAM - , através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas.

RESUMO

A lesão medular traumática é uma das deficiências mais comuns nos dias atuais, decorrente pelo aumento dos acidentes e da violência urbana. A pessoa com esta deficiência sofre um grande trauma em seu corpo e também em outras esferas, impactando sua saúde e também aspectos psicológicos e sociais. Todas as pessoas possuem uma representação de seus corpos em suas mentes, que é chamado de Imagem Corporal, uma das formas de avaliar o grau de satisfação desta, é através da Catexe Corporal, que pode ser feita através de questionários ou escalas. Este trabalho se tratou de uma pesquisa aplicada, de abordagem quantitativa, que tem como objetivo principal avaliar a Imagem Corporal de lesionados medulares que participaram do programa de reabilitação do Programa de Atividades Motoras para Deficientes, que é desenvolvido no Hospital Universitário Getúlio Vargas, na cidade de Manaus. Participaram da pesquisa 16 homens, com idade média de 30 anos (± 11 anos), todos com lesão medular e paraplégicos. A avaliação da Imagem Corporal do grupo revelou estarem satisfeitos com seus corpos antes da reabilitação, com score médio de 3,4 ($\pm 0,8$) na escala de Catexe corporal, e após a intervenção além de terem aumentado o nível de força e coordenação, aumentaram sua satisfação para o grau de muito satisfeito com score médio de 4,1 ($\pm 0,4$) revelando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), através do teste de mostras pareadas, realizado através do programa SPSS. Os itens mais insatisfeitos antes da intervenção eram relacionados a qualidade física e atividade sexual, que também tiveram mudança para melhor após a reabilitação. Desta forma identificamos que pessoas com deficiência traumática podem ser insatisfeitas com alguns aspectos corporais, mas através da atividade física podem aumentar a satisfação com seu novo corpo, melhorar a força muscular e serem mais independentes, evitando assim distúrbios e melhorando a Imagem Corporal de seus corpos.

Palavras chaves: Deficiência física; Lesão medular; Imagem corporal; Catexe corporal

ABSTRACT

The spinal cord injury is one of the most common disabilities nowadays, as a consequence of the urban violence and accidents. The person with this disability suffer a great trauma at it's body and other areas, affecting the health and also social and psychological aspects. Every body has a representation of their bodies on their minds, which is called Body Image, one way to evaluate it, is trough the Body Cathexis, that can be done by charts or questionnaires. This paper is about an applied research, with quantitative approach, with the main goal to evaluate the body image of people with spinal cord injury, that participated of a rehabilitation Program for Disabled People, located at the city of Manaus, in the University Hospital Getulio Vargas. 16 men with average age of 30 (± 11)years old participated of this research, and the results showed that they were satisfied with their bodies before the intervention with an average score of 3,4 ($\pm 0,8$) of the Body Cathexis Scale, and improved not just body strength and coordination, but also the score increased to 4,1 ($\pm 0,4$), which shows a statistically significant difference ($p < 0,05$) by the paired sample test, performed at the Spss program. The most unsatisfied items were related to the physical quality and sexual activity, but they also improved by the intervention. On this way we identify that spinal cord injured people may be unsatisfied with some body aspects, but trough physical activity they can enhance the satisfaction with theirs new bodies, improve body strength e become more independent, avoiding disturbs and improving the body image of their new bodies.

Key words: Physical disability; Spinal cord injury; Body image; Body cathexis

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por conceitos..... pg. 25

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Divisão dos itens globais	p. 26
Tabela 2 – Scores por itens e geral	p. 27
Tabela 3 – Itens com mudança de conceitos	p. 28
Quadro 1 – Resultado do teste funcional	p. 29

Sumário

1. Introdução.....	10
1.2 Objetivos	12
1.3 Justificativa	12
2. Desenvolvimento.....	14
2.2 Um breve histórico sobre a deficiência.....	15
2.3 A lesão medular como deficiência adquirida.....	17
2.4 IMAGEM CORPORAL	19
2.5 Imagem corporal e Catexe corporal.....	20
2.6 IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	22
3. Metodologia	23
3.1 Instrumento	24
3.2 Critérios de inclusão	24
3.3 Critérios de exclusão.....	24
3.4 Riscos da pesquisa	25
3.5 Benefícios da pesquisa.....	25
3.6 Procedimentos Estatístico	25
3.7 Local da Pesquisa.....	25
4. Resultados	26
5. Discussão dos Resultados.....	31
6. Conclusão	34
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	37

1. Introdução

O agravamento da violência urbana e dos acidentes tem conseqüências extremamente negativas, uma delas é o crescimento da população com deficiência. A deficiência física adquirida, segundo Figueiredo-Carvalho (2014) é a forma mais comum de lesão medular (LM), e portanto, muitas pesquisas têm sido feitas baseadas nesta população com o objetivo de tentar recuperar a saúde dos mesmos. “Uma pessoa que sofre um trauma e adquire uma deficiência, devido à LM, passa por um processo de desconstrução física, social e psicológica, tendo que se adequar a sua nova situação” (SERNAGLIA, 2009, p.14), então muitas áreas profissionais trabalham em conjunto para melhorar a qualidade de vida desta população, dentre elas a Educação Física, com o objetivo de colaborar com o desenvolvimento motor, aumento de força e independência física. O termo “pessoa com deficiência” (PCD) começou a ser usado no Brasil a partir de 1990, afirma ainda Sernaglia (2003), pois antes disto usava-se “pessoa portadora de deficiência”, o que não representava o caso, tendo em vista que não era possível portar uma deficiência e depois não portá-la mais. Entre todas as formas de deficiência física a LM é muito comum e, de acordo com Defino (1999), é a diminuição ou perda da função motora e/ou sensorial e/ou anatômica, podendo ser uma lesão completa ou incompleta, devido ao comprometimento dos elementos neurais dentro do canal vertebral.

A LM não leva diretamente ao óbito, mas acarreta em mudanças no estilo de vida, com conseqüências físicas e também mentais. O ser humano, com deficiência ou não, é um ser multifacetado, com emoções, percepções, é um ser que possui duas vias, o concreto e o abstrato, o consciente e o inconsciente, e apesar de esta ser uma realidade que não precisa de maiores discussões, a PCD é vista em muitos casos, apenas como diminuído em sua estrutura física, concreta. Percebe-se que muitos trabalhos da área da Educação Física têm sido feitos com o objetivo de contribuir com o nível de força, melhoria na execução de atividades de vida diária, entre outros aspectos, todos no âmbito do consciente, mas não podemos separar a PCD de seu intelecto, suas emoções, segundo Mayeda et al. (2012, p.119), “o corpo (com deficiência) no início passa a ser motivo de repúdio, já que essa nova sensação faz com que por alguns instantes o corpo e a memória do corpo passado entrem em conflito”. Neste conceito fala-se de memória do corpo, ou seja, algo inconsciente, que está atrelado ao corpo consciente, comprovando que no próprio corpo existe uma parcela de abstrato, e além disso, que após se tornar uma PCD a imagem que esse indivíduo tinha sobre si mesmo se modifica, Mayeda (2012) fala que entra em conflito, outros autores afirmam ainda que, “Nos casos de

sujeitos com perdas ocorridas posteriormente, a reformulação da autoimagem é uma tarefa difícil” (CAMPOS, 2007, P.35). Ou seja, aqui fica uma percepção que a avaliação que o indivíduo fazia de sua própria imagem se modifica após se tornar uma PCD, a esta avaliação dá-se o nome de imagem corporal (IC), que segundo Schielder (1999 p.5), “é a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. Este autor, foi pioneiro na IC, com o enfoque que deu, ao avaliar pacientes com membros amputados e a representação de seus corpos, assim como o funcionamento do mesmo, entender como esse indivíduo avalia a si mesmo e o seu corpo, este grau de satisfação ou não com as várias partes do corpo e seus processos é denominado de Catexe Corporal, de acordo com Secord e Jourard (1953), que afirmam que tem relação com auto conceito mas é diferente um do outro. Barbosa (2003 p.3) cita alguns estudos que relacionam positivamente a Catexe corporal com a prática de atividade física, dentre eles: SALUSSO-DEONIR (1991), FORD JR, PUCKETT, REEVE E LAFA (1991), MELNICK E MOOKERJEE (1991), BOSSCHER (1993), CLARCK (1996), MARQUEZ – STERLING et.al (2000), todos estes estudos apontam que há melhora na imagem corporal após intervenção envolvendo atividade física.

Entende-se por atividade física “qualquer movimento corporal produzido por contração da musculatura esquelética, que aumente o gasto energético acima do nível basal” (RIMMER et.al 2010 p. 250, tradução nossa). Os benefícios da prática de exercícios físicos são altamente disseminados e pesquisados, no intuito da prevenção da saúde e promoção de qualidade de vida. Para diminuir a incidência de complicações médicas, pessoas com LM devem participar em atividades de exercícios estruturadas, de acordo com Jacobs (2009). Entretanto, baixos níveis de atividade têm sido encontrado entre pessoas com LM, o que de acordo com Rimmer et.al (2010), é preocupante pois impacta diretamente na saúde e no bem estar da PCD. Atualmente, a maioria dos hospitais de reabilitação de pacientes com LM, utiliza de equipes multiprofissionais, no objetivo de ter uma recuperação completa da saúde, além de terem sido comprovados os melhores resultados de trabalhos multidisciplinares. Como demonstrado nesta pesquisa, os benefícios da AF para PCD's são inquestionáveis, e a atuação de equipes multiprofissionais na reabilitação deste público é de fundamental importância para a readaptação pós lesão medular, evitando maiores problemas, físicos e mentais.

Baseado neste levantamento é que podemos supor que a imagem corporal de lesionados medulares após intervenção multidisciplinar envolvendo atividade física irá melhorar, o que determinou o foco do trabalho, avaliar a imagem corporal antes e depois da

mencionada intervenção. Para isso utilizaremos escalas de catexe corporal adaptada nos alunos do PROAMDE/HUGV, para entender como é representação corporal dos mesmos após a lesão e compará-la após a intervenção multiprofissional de saúde.

1.2Objetivos

1.2. Objetivo Geral

Avaliar a imagem corporal dos participantes do PROAMDE pólo HUGV, utilizando escala de catexe corporal

1.2 Objetivos Específicos

- Aplicar a Catexe Corporal no início da reabilitação, e após 3 meses no final, a fim de compará-las entre si.
- Identificar os impactos da prática de atividade física na imagem corporal, afim de verificar se ocorre melhorias, assim como em pessoas sem deficiência.
- Associar os resultados da catexe a evolução física, aumento de força, e independência.
- Classificar os indivíduos participantes da pesquisa quanto a origem, classificação, nível e extensão da Lesão Medular e relacionar aos resultados da catexe.
- Identificar os benefícios da intervenção multidisciplinar de saúde a imagem corporal dos alunos com deficiência.

1.3Justificativa

A LM, “especialmente quando se instala de forma súbita, é uma das lesões mais devastadoras, do ponto de vista orgânico e psicológico, confrontando o médico com múltiplos desafios” (ANDRADE et al., 2007, p.402), já tendo definido conceitos importantes de deficiência, atividade física e o programa de reabilitação pertinente ao trabalho, é imprescindível situarmos nossa pesquisa em seu cenário. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE - , publicados no censo realizado em 2010 os resultados apontam 45.606.048 milhões de pessoas que declararam ter pelo menos uma das

deficiências investigadas, correspondendo a 23,9% da população brasileira, deste público 7% declararam ter algum tipo de deficiência física, ficando em segundo lugar dos tipos de deficiência no Brasil . No estado do Amazonas possuímos 791.062 mil pessoas com deficiência, nem todas elas participam de algum programa de reabilitação, por isso quanto mais conhecermos as consequências da intervenção multidisciplinar teremos mais fundamentos para atrairmos estas pessoas a participarem de tais programas, além de ampliarmos nossa percepção sobre o trabalho executado em pacientes com LM, não somente através de medidas antropométricas e avaliações funcionais, mas entender como esse indivíduo avalia a si mesmo e o seu corpo. Secord e Jourard (1953) afirmam ainda que sentimentos negativos em relação ao corpo provocam ansiedade e podem potencializar quando acompanhados de dor, doença ou lesão corporal. Thompsson, Penner e Altabe (1990) citado por Barbosa (2003 p. 8), após analisarem inúmeros resultados de trabalhos desenvolvidos sobre a Imagem Corporal, sugeriram como uma das linhas de investigações “respostas para danos do corpo perda de partes e cirurgia”, muitos estudos que relacionam a imagem corporal e o efeito da atividade física mostram uma relação positiva, indicando que há uma melhora na imagem corporal a medida que se pratica atividade física, a importância disso se dá ao fato de a IC, ser considerada um constructo significativo para compreensão, previsão e controle do comportamento humano, de acordo com Arnoldi, (1989), esta previsão e controle pode ser muito útil no tratamento de PCD’s, pois avalia o estado emocional, e a percepção que o indivíduo tem do seu próprio corpo, possibilitando ao profissional combater males como depressão, e além disso, prevenir distúrbios da imagem, que levam a comportamentos nocivos à saúde. Como citado por Barbosa (2003 p.9), O termo catexe foi primeiramente utilizado por Freud, (originalmente Besetzung), de origem alemã, foi traduzido para o inglês e difundido por psicanalistas norte americanos como Cathexis em português é traduzido como catexís, catexia e catexe. Schilder (1999), já citado anteriormente, sugeriu em seus estudos que fosse feita uma tabela para melhor avaliar a catexe corporal, é então em 1953 que, Secord e Jourard, acatando a sugestão, elaboraram a escala da Catexe Corporal (BC), de 5 pontos, com 46 itens, e a publicaram no Journal of Consulting Psychology com o título Appraisal of body cathexis; body cathexis and the self. Esta escala da BC, avalia o grau de satisfação ou insatisfação de partes corporais e funções corporais. Desde então, muitos outros trabalhos foram feitos avaliando a catexe através de escalas, que se adaptam de acordo ao público, segundo Barbosa (2003) a escala original da BC é flexível, podendo passar por modificações adequadas às necessidades específicas de uma dada pesquisa.

Portanto, como mostrado neste levantamento, a quantidade de PCD's apenas aumenta, e independente do aumento do número de pesquisas e a melhoria da intervenção das equipes multiprofissionais de saúde ainda não existem muitos trabalhos que avaliem a IC deste público e a relação com a prática de atividade física. No tratamento do lesionado medular faz-se necessário entender as consequências além do corpo físico, desta forma realizamos a avaliação da imagem corporal de lesionados na medula espinhal, através da escala de catexe, afim de perceber se a intervenção realizada pela equipe multiprofissional impacta ou não a avaliação que o próprio PCD faz do seu corpo, principalmente porque possuímos poucos estudos publicados na região Norte que relacione a AF com PCD's, menos ainda os que são relacionados a sua imagem corporal.

2. Desenvolvimento

2.1 Sobre a Deficiência Física

No Brasil, de forma oficial, entende-se por deficiência física: “a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física” (D.O.U. de 03/12/2004 p.5), além da deficiência física, ainda existem no decreto as deficiências visuais, auditivas e mentais, que não são o objetivo deste trabalho, portanto não explanaremos sobre elas. Já no relatório mundial sobre deficiência de 2011 elaborado pela Organização das Nações Unidas – ONU -, a deficiência é definida como complexa, dinâmica, multidimensional, e questionada. Neste último conceito é apresentado o conceito de funcionalidade, que difere da deficiência, que na verdade não está olhando para as limitações do indivíduo mas sim, naquilo que ele consegue realizar, o seu potencial, no mesmo relatório encontramos que deficiência é um conceito em evolução, mas realça também que resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária. Neste trecho temos uma visão mais social do quadro, pois indica que as limitações do indivíduo não estão apenas nas consequências do seu quadro clínico, mas pode estar muitas vezes nas dificuldades do ambiente que este indivíduo se encontra, sejam estas barreiras físicas, estruturais, humanas, entre outras. A deficiência física é vista muitas vezes apenas por quadros clássicos como os cadeirantes, os surdos e os cegos, mas vai, além disso. Pode ser um recém-nascido com complicações, até mesmo um soldado que tem um membro amputado. Desta forma é preciso ter em mente que o quadro de deficientes e deficiência é grande e heterogêneo. A análise dos dados sobre a Carga Global de Doenças de 2004, presente neste relatório supramencionado, estima que 15,3% da população mundial (cerca de 978

milhões de pessoas) possuíam “deficiências graves ou moderadas”, enquanto que 2,9% ou cerca de 185 milhões enfrentavam “deficiências graves”. “A deficiência física integra o quadro das condições crônicas, às quais os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde pressupõem atenção, sendo crescente a sua importância na Saúde Pública” (MARTINS, 2011 p.110) , esta importância dá-se principalmente pelo fato de que dentro desta condição, “a deficiência na fase adulta é vista como um sinônimo de deteriorização, redução da capacidade, aumento de necessidades, e da dor física e emocional”(COTT 1998, p.739). Esta abordagem que a torna crônica é defendida, pois a reação a esta nova realidade depende de princípios e condições prévias a ela, assim também de como o indivíduo se encontra no momento que a deficiência ocorre.

2.2 Um breve histórico sobre a deficiência

Mesmo com a disseminação de informações sobre o respeito ‘as pessoas com deficiências’ e todas as campanhas de acessibilidade, ainda presenciamos situações constrangedoras e muitas vezes equivocadas quanto ao trato destas pessoas, por isso é importante entendermos a situação atual e por isso faremos um breve levantamento histórico sobre o tópico. Rodrigues (2008) traça em seu livro um relato histórico da deficiência, relatando que os primeiros registros que temos na literatura são originais de Esparta e Atenas, onde crianças deficientes eram abandonadas em praças ou lugares públicos, ou até mesmo lançadas de penhascos. Já na Idade Média com o surgimento do cristianismo, temos o início do olhar de caridade sobre esse público, como o bispo de Myra, chamado Nicolau, de 300 d.C. que acolhia crianças deficientes em sua casa, mas temos de outro lado Martinho Lutero que considerava os deficientes mentais como pessoas impuras que precisavam de purificação de seus pecados. No século XIV temos a primeira legislação destinada a este público, surgida na Inglaterra e feita por Eduardo II. Somente no século XIII é que temos o aparecimento de uma instituição que atendia PCD, na Bélgica. Ainda neste século temos um marco, pois pela primeira vez temos registrado uma mudança de tratamento a pessoa com deficiência, o pensador Paracelso, no seu livro “Sobre as doenças que privam o homem da razão”, foi o primeiro a considerar a deficiência mental um problema médico, digno de tratamento e complacência. Outro pensador da mesma época chamado Cardano, além de concordar com Paracelso se preocupava também com o aspecto educacional. Na idade contemporânea, destacam-se os estudos de Foderer sobre o bócio, já trazendo uma idéia de hereditariedade da deficiência, enquanto Itard traz um aspecto de recuperação social do deficiente. Convém relatar a história de Victor d’Aveyron, que teria sido uma criança resgatada pelo doutor Itard,

que segundos os registros, encontrou uma criança selvagem que aparentava não ter contato com qualquer sinal de civilização, e se tornou objeto de estudo por três anos, de qualquer forma este estudo levou o médico a apontar que a deficiência era fruto de uma ausência de educação ou incentivo social, e apresentou o primeiro sistema de educação especial em 1800. Contrariamente a estas idéias, Philippe Pinel já tratava a deficiência de forma apenas biológica, e que era um quadro médico a ser apenas a ser observado e carregava uma visão fatalista sobre a condição, não restando reversão. Esta dicotomia de idéias ainda é bem presente nos dias de hoje, dado a falta de informação sobre o assunto, Martins (2011) indica que os estudos sobre a deficiência como enfermidade iniciaram em 1950, principalmente como objeto de estudo médico, no intuito de observar as consequências do agravo. Murta (2007), discorre que após a Segunda Grande Guerra a expectativa de vida desta população era de apenas 30%, e que a maioria das pessoas morriam em poucas semanas devido a infecções no trato urinário e úlceras de decúbito. E que “no início dos anos 1980, houve uma diminuição relativa de óbitos [...] por causas biomédicas, aumentando as mortes por causas de natureza psicossocial” (MURTA, 2007 p.58). Lanna Junior (2010), aponta que na América Latina o Brasil foi pioneiro na educação de pessoas com deficiência, criando no século XIX o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, além das ações do governo houveram também o surgimento das entidades civis como a APAE – Associação de Pais e Amigos Excepcionais – entre outras, mas nem sempre fora assim, na época Colonial as pessoas com deficiência eram confinadas em casa por suas famílias, ou enclausuradas nas Santas Casas de Misericórdia, de acordo com registro histórico do autor as primeiras entidades oficiais destinadas ao público foram o Hospital dos Lázaros, fundado em 1741 e o Hospício Dom Pedro II, que tratavam de hanseníase e doenças mentais, respectivamente. Durante todo o período imperial até o Estado de República a atenção do Governo e da sociedade era voltada majoritariamente as deficiências visuais e auditivas, sendo somente em 1950 com o surto da poliomelite em todo o Brasil, que surgiram os primeiros centros de reabilitação para outras deficiências como por exemplo a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação em 1954, já a deficiência intelectual tem os primeiros estudos iniciados na metade do século XX. Este traçado histórico é de extrema importância, pois exemplifica a mudança de conduta de profissionais que tratam de PCD's, pois passaram a se preocupar com aspectos além do físico e fisiológico, não que desprezavam este, mas porque entenderam que a recuperação tinha que ser completa, e alcançar esferas sociais, psicológicas, entre outras. Corroborando com o objetivo de nossa pesquisa, que não tem como

ponto central o desempenho motor, ou anatômico, mas está dentro de um panorama abstrato, mas que é de fundamental importância para a saúde geral do paciente.

2.3A lesão medular como deficiência adquirida

Dentro da literatura oficial e acadêmica existe uma confusão entre os termos deficiência, incapacidade, doença crônica, moléstia, entre outros, como já dito antes isto acontece porque esse processo de compreensão e definição é complexo e amplo. De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiência, publicado em 2012, em uma tentativa para esclarecer tais pontos a Organização Mundial de Saúde usa principalmente dois parâmetros para auxiliar nesta classificação e nomenclatura, a saber: Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta segunda, é muito mais destinada as pessoas com deficiência, entretanto falta mais disseminação e padronização principalmente por parte do Estado Brasileiro e órgãos de saúde, causando ainda o mal uso de termos e muitas vezes desrespeitando direitos assegurados a pessoa com deficiência. “Em 1976, a OMS aprovou a publicação de um instrumento de classificação que incorpora a perspectiva do modelo social, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)” (MÂNGIA, E. F. et al.2008 p.126), este documento foi publicado em 1980, e possuía uma estrutura evolutiva que começava com doença e passando para deficiência, incapacidade e desvantagem. De acordo com este documento uma simples doença, poderia ter limitações e incapacidades mesmo que não observáveis, já a deficiência seria a perda ou a anomalia de uma ou mais estruturas do corpo, e assim pode ser observada e mensurada, se tal deficiência limitar a pessoa de alguma atividade já caracteriza incapacidade, esta incapacidade pode se manifestar de várias formas, estendendo-se e podendo deixar a pessoa afetada de forma negativa, surgindo então a desvantagem. Esta colocação feita pela OMS em 1989 na CIDID não se aplica em todos os casos, pois a desvantagem fica como consequência de uma deficiência, o que não é verdade, pois pode ocorrer em muitos quadros, com diferentes sujeitos, deficientes ou não, isto ocorre pois esta classificação está centrando no sujeito a responsabilidade de sua desvantagem e não nos aspectos ambientais. Já a CID vem sendo estruturada há mais de um século, inicialmente como uma classificação de causas de morte e posteriormente a ser usada para o diagnóstico, está na sua décima revisão e por isso chama-se CID-10, e nesta revisão foi identificada a necessidade de criar outras classificações, a fim de atender conteúdos não apreciados por ela, é quando surge a CIF, que “foi desenvolvida a partir da Classificação Internacional das

Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” publicada em 1980”(DI NUBILA, 2008 p.326), e foi aprovada em 2001 para uso internacional, e é utilizada principalmente para classificação de deficiências e funcionalidades.

Dentro deste universo de doenças, deficiência e funcionalidade, temos diversas manifestações, e “dentre as doenças crônicas da modernidade, a lesão traumática é uma das condições com maior impacto no desenvolvimento humano” (S.G. MURTA, 2007 p.57), a lesão traumática no caso deste projeto é especificamente na medula espinhal que de acordo com CEREZETTI et al (2012 p.319) é:

“Uma condição de insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, decorrente da interrupção dos tratos nervosos motor e sensorial desse órgão, podendo levar a alterações nas funções motoras e déficits sensitivos, superficial e profundo nos segmentos corporais localizados abaixo do nível da lesão, além de alterações viscerais, autonômicas, disfunções vasomotoras, esfinterianas, sexuais e tróficas”.

Estamos tratando então de um indivíduo que não era deficiente, e que de acordo com o já exposto não possuía incapacidades ou desvantagens de forma generalizada e que por algum motivo, passa a ter um dos componentes mais complexos de seu organismo não funcionando de forma íntegra, geralmente esta mudança, como o próprio nome traumático sugere, é de forma súbita, Brunozi (2011 p.140) menciona que a lesão pode causar “perda parcial ou total da motricidade voluntária, além de comprometimento da sensibilidade, e por consequência afeta os sistemas urinários, intestinal, respiratório, e outros”. As consequências são tão amplas assim, pois esta lesão interrompe a conexão do sistema nervoso central com o periférico. Estima-se que a cada 1 milhão de pessoas, 30 a 40 delas possuem tal diagnóstico. Os motivos mais frequentes são acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, quedas ou acidentes em mergulho. Cerezetti (2012) cita que a faixa etária mais afetada se encontra na faixa de 30 anos, e que 80% são do sexo masculino, de acordo com este autor a lesão traz também mudanças comportamentais, a começar pela fase inicial de choque, seguida pela fase de negação, onde provavelmente o indivíduo tem sua crença na recuperação total, vindo então a fase de reconhecimento, onde já se aceita a condição e é necessário a intervenção eficaz da equipe de reabilitação para recuperar a autoestima e traçar novas metas e resultar na fase de adaptação, que dependerá de todo o processo, desde o momento da lesão, cirurgia quando necessária, e fase pós operatória. As manifestações clínicas dependem também do nível da lesão e também se é completa ou não, em lesões completas toda a estrutura neural será afetada, perdendo então a parte motora do nível da lesão para baixo, em lesões incompletas ou parciais há a preservação de algumas estruturas, resultando em prejuízos menores para o

indivíduo. “Pessoas com lesão medular na região cervical da coluna (tetraplégicos) com secção completa da medula são os mais afetados pela lesão, ao passo que aqueles lesionadas em regiões mais baixas (paraplégicos) e de modo incompleto são os que experimentam menos sequelas” (SG MURTA 2007 p.48). Como explanado, a LMT como deficiência adquirida significa uma mudança radical no estilo de vida do afetado e daqueles que o cercam também, e claramente tem consequências além das físicas, afetando o psicossocial do indivíduo, pois agora o indivíduo deve aceitar o seu novo corpo, que está diminuído e com menos habilidades, para Martins (2010) uma deficiência física adquirida pode significar uma crise imediata de identidade, pois traz consigo a possibilidade de estigmatização, conflito e sofrimento, podendo desencadear sentimentos como tristeza, culpa, frustração, choro e desespero. Todas essas características são importante para o quadro de saúde a longo prazo do paciente, pois uma pessoa com problemas como estes, tem potencial de desenvolver péssimos hábitos e também não se dedicar de verdade para sua reabilitação. O novo quadro do lesionado medular, ainda pode envolver a aquisição definitiva de próteses ou cadeira de rodas, além das consequências físicas em muitos casos irreversíveis, e o aparecimento de incapacidades ou desvantagens. Isso afeta diretamente o olhar que o lesionado tem sobre seu próprio corpo, e é por isso que pesquisamos neste trabalho a imagem corporal do mesmo.

2.4 IMAGEM CORPORAL

O próprio termo nos dá uma percepção, e de acordo com o dicionário Aurélio o significado de imagem seria “representação de pessoa ou coisa”, seria então como o corpo se representa, Russo (2005), entretanto, diz que apesar de muitos autores estarem definindo IC apenas baseados nos termos imagem e corpo, sua complexidade vai além da linguagem, pois trata-se da subjetividade do ser humano. O entendimento que temos atualmente sobre IC “provém da contribuição de diversas ciências, como neurologia, psicologia, psicanálise e filosofia” (Scarpa, 2010 p.174, tradução nossa). Um dos conceitos mais aceitos para este tema é o proposto por um dos autores que mais contribuiu para esta área, que seria “a representação do corpo na nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o nosso corpo se apresenta para nós” (Paul Schilder 1950, apud PENNA L. 1990 p.167). Para D.Alves (2009) IC está intrinsecamente associada com o conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive, como sua família, os amigos e até mesmo a mídia, afirma Scarpa (2015).

De acordo com Barros (2005), os estudos sobre a IC iniciaram na França no século XIV, quando foi relatado pelo médico Ambroise Paré o aparecimento de “membro-fantasma” em pacientes amputados, mas foi a escola britânica a primeira aprofundar o assunto, quando através dos estudos de Henry Head cria o termo “esquema corporal” que seria o modelo que cada indivíduo cria sobre si mesmo, e que qualquer mudança postural afetaria este esquema, é somente através dos estudos de Schilder que essa ligação patológica passa a ser desacreditada, pois de acordo com Barros (2005), os eventos do dia a dia influenciam a imagem corporal. Paul Schilder é considerado o autor de maior relevância, pois uniu conhecimentos da psicologia, neurologia e psicanálise, tendo dedicado toda a sua vida ao estudo do tema, o autor sugere que ao longo de nossa vida vamos construindo uma imagem do nosso corpo na nossa mente, que todas as experiências acumuladas vão participando desta construção, o corpo então é um canal pelo qual sentimos o mundo e também nossas emoções e atitudes fluem para fora dele, e por estarmos em movimento constantes, sermos organismos vivos e ativos, estamos sempre experimentando algo novo, e portanto a IC é dinâmica e vai se modulando ao longo da nossa vida, generalizando, “o corpo traz consigo o esboço, o extrato de seu conteúdo. Esse corpo se expande ou se contrai em decorrência de circunstâncias que são psicológicas, influenciadas por fatores sociais e gerenciadas por aspectos fisiológicos” (SILVA, 2004 p.4). Schilder (1994) apud SCATOLIN 2012) diz que o início desta construção se dá na infância, quando passamos a experimentar nosso corpo, e se dá principalmente através da libido, só experimentamos nosso corpo como unidade, como um todo quando o nível genital é harmoniosamente alcançado, mas como já dito a imagem corporal é também um construto social, portanto nossas relações com o outro constrói nossa imagem, o ambiente físico em volta do nosso corpo compõe nossa IC, podendo aproximar ou afastar objetos nesta construção. Nas idéias do autor outro fator muito importante seria a dor e a libido, que de acordo com ele quando sentimos dor em algum órgão, todas as emoções fluem para esta parte, e na maioria das vezes, esfregamos, massageamos, tocamos esta parte, da mesma maneira quando a libido toma conta do corpo, e tanto na dor como na libido o ser humano retorna ao estado narcisista da infância, quando o seu corpo é o centro de tudo, e esta oscilação de emoções e toques influencia nessa construção constante da IC.

2.5 Imagem corporal e Catexe corporal

Sendo a IC tão importante para aqueles que trabalham com o corpo em qualquer de suas esferas, é muito importante saber ou avaliar os sentimentos em relação ao corpo, como

que cada indivíduo percebe seu corpo, e para isso podemos usar escalas, imagens, silhuetas, entre outros instrumentos, porém é complicado quantificar emoções, pois estamos mensurando ideias, medos ou orgulhos. De acordo com Barbosa (2008), catexia seria a quantidade de energia psíquica aplicada a uma ideia, objeto ou pessoa, quanto maior essa catexia, mais importante é o objeto, de acordo com a autora, a distribuição desta energia pode acontecer em vários aspectos, sendo: catexia objetal, catexias do ego, anticatexias e catexias. A primeira delas seria a quantidade de investimento energético a uma imagem que irá gerar satisfação, a segunda esse tal investimento é aplicado na busca de satisfação de vários aspectos, como por exemplo temos uma viagem marcada e até o dia da viagem, nos movemos de várias maneiras na organização desta. Anticatexia seriam forças restritivas, que os impedem de agir de forma impulsiva e irracional, e a última são as energias utilizadas para a satisfação.

Existem várias linhas de pesquisa e investigação da IC, de Barbosa (2008) aponta nove delas, a saber: percepção e avaliação da própria aparência corporal; precisão e percepção do tamanho corporal; precisão e percepção das sensações corporais; habilidade de julgar a posição e valores dos limites do corpo; sentimentos sobre definições e valores protetores dos limites do corpo; distorções nas sensações corporais; **respostas para danos do corpo, perda de partes e cirurgia**; resposta para vários procedimentos projetados para camuflar o corpo de alguma maneira; atitudes e sentimentos pertinentes a identidade sexual do seu corpo. “Relativa aos métodos que geram instrumentos para estudar a IC por meio da avaliação da aparência, encontramos nos questionários de medida e satisfação corporal, maior facilidade de aplicação, reprodução e confiabilidade, científico por excelência” (Barbosa, 2003 p.108), as escalas quando aplicadas aos questionários tornam as informações mais objetivas, são bastante usadas as do tipo Likert de 3,5 ou 7 pontos, usamos neste trabalho a escala elaborada originalmente por Jerard e Secord em 1953, que definem catexia corporal, como o nível do sentimento de satisfação ou insatisfação com as várias partes do corpo e seu funcionamento, tal escala já descrita na metodologia deste trabalho possui os seguintes itens: cabelo, compleição facial, apetite, mãos, largura dos ombros, braços, tórax ou peito, olhos, distribuição de pelo no corpo, nariz, dedos, excreção, pulsos, respiração, cintura, disposição corporal, orelhas, costas, perfil, altura, idade, digestão, quadril, textura da pele, lábios, pernas, dentes, testa, pés, sono, voz, saúde, atividade sexual, joelhos, postura, face peso, sexo nunca e tronco. de acordo com BARBOSA (2008), esta escala foi testada desde sua criação, e até os dias de hoje se mostra flexível e eficaz em diversos públicos.

“O uso planejado dos instrumentos de escalas da Catexe Corporal podem auxiliar o professor de Educação Física num diagnóstico psicológico inicial, ou nas avaliações parciais ou finais de um programa, fornecendo elementos a serem trabalhados ou que foram transformados com a participação no programa” (BARBOSA, 2011, p.115)

Sendo a educação física uma ciência que trabalha diretamente com o corpo, todo este conhecimento é fundamental para a área, Barbosa (2008 p.95) relaciona alguns trabalhos que relacionaram a catexe corporal e a educação física, como: DARDEN (1972), que realizou uma pesquisa com indivíduos do sexo masculino, e identificou que diferentes tipos de atividades físicas influenciam de forma diferente a percepção que tinham de seus próprios corpos; JOESTING e CLANCE (1981) identificaram que homens corredores se avaliam de forma mais positiva que os não corredores, fenômeno não encontrado entre as mulheres; TUCKER (1983) através de diversos experimentos, comprovou que o treinamento com pesos influencia de forma positiva o autoconceito em homens universitários, já KROTEE (1980) identificou que homens universitários que praticam atividades físicas em geral, possuem diferenças em vários fatores psicossociais, quando comparados com aqueles que não praticam nenhuma atividade física, resultando também encontrado por JOESTING (1979) ao pesquisar a mesma população, já METCALFE (1982) pesquisou empregados de ambos os sexos e revelou que a prática de atividade física melhorou o auto conceito dos mesmos e alcançavam uma maior média na escala de catexe, FURST e TENNENBAUM (1994) além de registrarem o mesmo efeito sobre a avaliação corporal em homens atletas, perceberam ainda que estes possuem menor nível de ansiedade quando comparados a não atletas, e BALOGUN (1987) realizou um estudo com 45 estudantes universitárias e percebeu que partes do corpo que antes eram julgadas de forma negativa, passam a ter uma avaliação melhor após participarem de um programa de treinamento. Todos estes estudos nos levam a concluir que a prática de atividade física, impacta não somente o desenvolvimento motor, a melhora de aspectos psicológicos, mas melhora de forma positiva a avaliação que diferentes indivíduos fazem de seus corpos, e melhorem o conceito que tem de si mesmos.

2.6 IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A imagem corporal é produto de um organismo vivo, e o corpo é a porta tanto de entrada como de saída para a construção desta imagem, ou seja, conforme vivemos construímos essa imagem, e enquanto estivermos experimentando estaremos modificando a representação que temos de nosso corpo, na literatura encontramos alguns estudos

relacionados a imagem corporal de deficientes físicos pois “uma alteração em uma parte do corpo [...] não modificará a imagem corporal referente a esta parte, a mudança será geral” (CAMPOS 2007), é importante salientarmos que principalmente a LM traumática se instala de forma súbita, tomando de surpresa o paciente e também aqueles que o rodeiam, lembramos então que a IC é altamente influenciada pelos outros e pelo ambiente que nos cerca, desta forma é correto afirmar que o impacto é altíssimo, pois não estamos falando de uma enfermidade, um arranhão ou uma cicatriz, mas sim um agravo que resulta em muitos casos em paralisia de todo o segmento corporal abaixo da lesão, provavelmente paraplegia em casos de lesões mais baixas, ou tetraplegia nas lesões mais altas. Geralmente a deficiência adquirida é atrelada ao estado de menos valia, pois acarreta em dependência, desvalorização própria na sociedade que vivemos, de acordo com Sernaglia (2009) muda-se a maneira como percebemos o mundo, o corpo passa a ser diferente. Um dos principais aspectos psicológicos a se considerar no processo de reabilitação é o da aceitação da incapacidade pelo indivíduo, pois muitas vezes ele está fixado à imagem do que era antes da doença de acordo com Campos et al (2007). A mesma autora ainda indica que para ocasionar alterações no estado mental, basta a ocorrência de um bloqueio parcial do circuito cérebro-corpo, como acontece em doentes com lesões na medula espinal. O que temos exposto em todo este relato bibliográfico é que a imagem corporal é complexa, envolve vários aspectos, tem relação com o outro e como já mencionado é constante, agora imaginemos quando toda essa construção, ou parte dela é interrompida, como uma casa que estava sendo erguida e de repente perde um cômodo, é dessa maneira que podemos deduzir que acontece em casos de lesionados medulares traumáticos, há de acontecer uma reconstrução, um novo olhar , primeiro para entender como seu novo corporal irá funcionar, aceitar a diferença da situação atual, que em muitos casos irá adicionar mais um elemento em sua avaliação, a cadeira de rodas, pois agora para executar as tarefas de antes precisará de auxílio de outras pessoas e para se deslocar precisará fazer em uma cadeira de rodas, tarefa antes realizada apenas com seu corpo. De forma resumida, temos alterações no corpo, no relacionamento com o outro e a adição de um elemento no esquema corporal.

3. Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa aplicada, pois visou aplicar a hipótese que a prática de atividade física influencia na imagem corporal dos praticantes de forma positiva. Tem caráter descritivo e abordagem quantitativa. O tamanho amostral foi definido neste,

conforme a disponibilidade dos participantes que frequentam o Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE, tendo um total de 16 participantes nesta pesquisa, todos do sexo masculino e que participaram no Pólo HUGV para a realização da coleta de dados. Todos os indivíduos foram informados sobre os procedimentos utilizados, possíveis benefícios e riscos atrelados à execução do estudo, condicionando posteriormente a sua participação de modo voluntário através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). O protocolo de pesquisa foi delineado conforme as diretrizes propostas sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e teve a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa, registrado no CAAE: 45063315.4.0000.5020.

3.1 Instrumento

A escala de catexe corporal foi aplicada em todos os indivíduos juntamente com um questionário geral, afim de avaliar a imagem corporal, este instrumento foi proposto por Jourard e Secord em 1953 (anexo 1), possui 46 itens, com escala do tipo Likert de 5 pontos, a saber: 1 - Tenho um forte sentimento de desejo de mudança 2 - Não gosto, mas posso conviver 3 - Não tenho particular sentimento sobre uma coisa ou outra 4 - Estou satisfeito 5 - Considero-me muito satisfeito. Juntamente com a escala, serão perguntados dados gerais, como: sexo, idade, peso, altura e tempo de lesão. O questionário foi aplicado em grupo com a instrução do pesquisador, afim de esclarecer maiores dúvidas no preenchimento da escala.

3.2 Critérios de inclusão

- Indivíduos paraplégicos, diagnosticados com Lesão Medular (LM)
- Ser praticante de atividade física;
- Clinicamente estável;
- Participação voluntária na pesquisa mediante assinatura do TECLÉ;

3.3 Critérios de exclusão

- Desistir de participar da pesquisa;
- Faltar nos dias estabelecidos para coleta de dados;
- Pessoas que não estiverem clinicamente estáveis;
- Pessoas que não sejam capazes de compreender as instruções dadas;
- Pessoas que não sejam praticantes de Atividade Física.

3.4 Riscos da pesquisa

Alguns participantes poderão ficar inseguros quando estiverem preenchendo a escala de catexe corporal;

Alguns participantes poderão ficar constrangidos durante a coleta de dados;

Alguns participantes poderão se considerar fracos e incapazes durante os testes. Contudo, os pesquisadores procurarão deixar os participantes seguros e realizarão as coletas com um participante por vez no local dos testes.

3.5 Benefícios da pesquisa

Entender como o lesionado avalia sua estrutura corporal e seu funcionamento, possibilita que as atividades sejam melhor estruturadas e aplicadas com mais segurança. A compreensão de como o deficiente enxerga seu novo corpo após a lesão, é de fundamental importância para que possamos entendê-lo mais profundamente, além de sabermos se a atividade física influencia de forma positiva nesta avaliação.

3.6 Procedimentos Estatísticos

Após preenchimento todas as planilhas foram tabuladas no programa Excel e então serão processadas pelo programa *Statistical Analysis System (SAS)*, para calcular frequências, médias, percentuais e realizar as devidas análises estatísticas. Foi aplicado o teste de mostras pareadas a fim de comparar os resultados da escala de BC antes e após a intervenção, todos os testes foram realizados ao nível de 5% de significância.

3.7 Local da Pesquisa

Na cidade de Manaus, os pacientes lesionados de medula, podem encontrar o serviço de reabilitação multiprofissional através do Programa de Atividade Motora para Deficientes – PROAMDE - que teve seu início em 2000, tendo dois pólos de atendimento, o pertinente a este trabalho funciona no Hospital Universitário Getúlio Vargas, onde são desenvolvidas atividades de acordo com uma agenda programada pela equipe de profissionais e a partir da avaliação individual realizada logo após a chegada da pessoa ao hospital. A equipe é formada por educadores físicos, enfermeiro, fisioterapeuta, pedagogos, urologistas, psicólogos e assistentes sociais. O trabalho de reabilitação tem a duração média de 3 meses, divididos em 22 atendimentos de 40 minutos por cada profissional realizados na terça e quinta. Tem como principal objetivo o desenvolvimento das potencialidades de pessoas com sequelas de lesão

medular, visando a diminuição do tempo entre a aquisição da deficiência e o conhecimento das limitações e possibilidades, quer do paciente quer dos seus familiares. O que possibilita, assim, a sua independência e autonomia.

4. Resultados

Participaram desta pesquisa 16 indivíduos do sexo masculino, e que se adequavam aos critérios estabelecidos, com idade média de 30 anos (± 11 anos), todos paraplégicos com lesão baixa, entre T5-L2, com tempo médio de lesão de 9 meses (± 6 meses) atestados por um fisioterapeuta participante do programa de reabilitação, nenhum participante deixou de responder qualquer item da escala de catexe corporal, e foram assegurados da confidencialidade dos dados, para garantir que o entrevistador não influenciasse nos dados, foram utilizados diferentes pessoas para as fases pré e pós, e todos os dados foram tratados e analisados por outro pesquisador participante da equipe do trabalho. Para um maior detalhamento dos conceitos do questionário de catexe corporal, separamos por itens globais, de acordo com a tabela 1.

Cabeça	cabelos, olhos, nariz, orelhas, queixo, forma da cabeça, lábios, dentes, testa, face e nuca
Tronco	largura dos ombros, tórax, cintura, costas, pescoço, tronco e quadril
Membros superiores	mãos, braços dedos e pulsos
Membros inferiores	tornozelos, pernas, pés e joelhos
Funções corporais	apetite, eliminação/excreção, respiração, compleição corporal, idade, digestão, dormir, voz, saúde, atividade sexual e sexo
Qualidade física	Atividade física rotineira
Aparência global	compleição facial, distribuição de pelos no corpo, disposição corporal, perfil, altura, textura da pele, postura e peso

Tabela 1: Separação de todos os itens do questionário de catexe corporal por itens globais. FONTE: BARBOSA 2003

Para a atribuição dos conceitos aos scores obtidos pela média total, foi utilizado o seguinte método: score médio de 1 e menores que 2 como muito insatisfeito, de 2 a menor que 3 como insatisfeito apenas, de 3 a menor que 4 como satisfeitos, e finalmente scores acima de 4 até iguais a 5 sendo classificados como muito satisfeito, a representação numérica seria: $1 \leq X \leq 2 =$ Muito insatisfeito; $2 \leq X \leq 3 =$ Insatisfeito; $3 \leq X \leq 4 =$ Satisfeito; $4 \leq X \leq 5 =$ Muito satisfeito. De forma geral a catexe corporal dos indivíduos foi calculada pela média de todos os itens globais tendo como **resultado inicial 3,4 \pm 0,8 pontos** para o grupo, e após a

intervenção um aumento estatisticamente diferente ($p < 0,05$) e **com média final $4,1 \pm 0,4$** , a análise da distribuição dos participantes de acordo com o grau de satisfação está representada na gráfico 1, e a análise por itens globais representada na tabela 2, ambas a seguir.

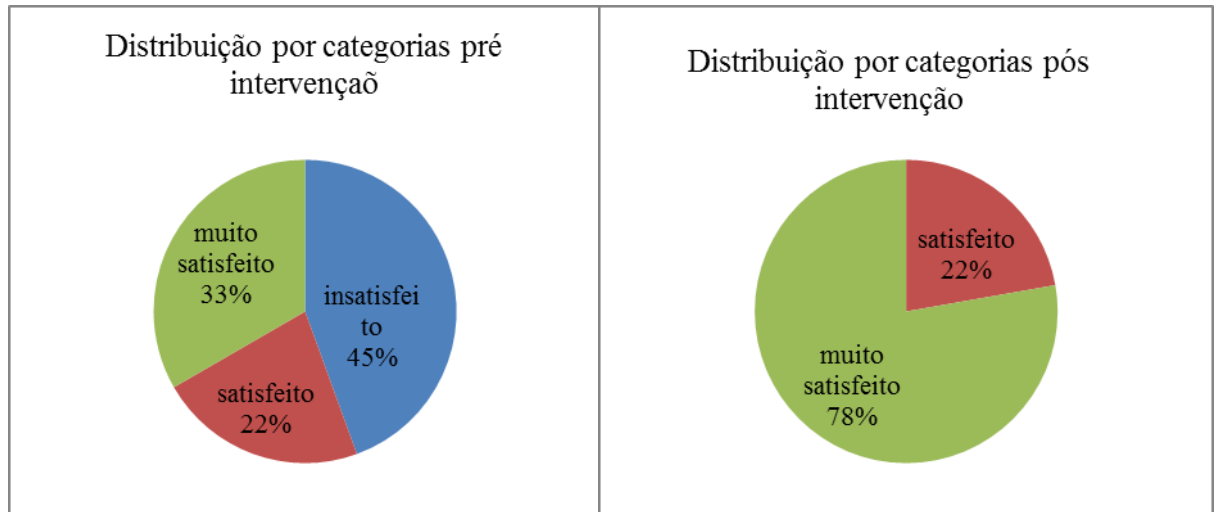


Gráfico 1: Resultado da amostra, antes e após intervenção, distribuídos pelo resultado obtido no questionário de catexe corporal. FONTE: Banco de dados da pesquisa.

	Pré	Pós	Resultado
Cabeça	Muito satisfeito	Muito satisfeito	sem diferença
	$4,0 \pm 0,6$	$4,1 \pm 0,5$	
Tronco	Satisfeito	Satisfeito	sem diferença
	$3,0 \pm 0,9$	$3,8 \pm 0,5$	
Membros superiores	Satisfeito	Muito satisfeito	Aumento de 28%
	$3,2 \pm 0,8$	$4,1 \pm 0,3$	
Membros inferiores	Satisfeito	Satisfeito	sem diferença
	$3,7 \pm 0,4$	$3,9 \pm 0,7$	
Funções corporais	Satisfeito	Muito satisfeito	Aumento de 31%
	$3,3 \pm 1,2$	$4,3 \pm 0,5$	
Qualidade física	Insatisfeito	Muito satisfeito	Aumento de 79%
	$2,4 \pm 0,6$	$4,3 \pm 0,4$	
Aparência global	Satisfeito	Muito satisfeito	Aumento de 21 %
	$3,3 \pm 0,8$	$4,0 \pm 0,4$	
Catexe	Satisfeito	Muito	Aumento de

corporal geral		satisfeito	21%(*)
	3,4±0,8	4,1±0,5	

Tabela 2: Scores médio por itens globais e seus desvios padrões respectivos pré e pós intervenção. A diferença foi considerada pela troca de conceito de acordo com o score.* Diferença estatisticamente significativa $p=0,01$. FONTE: Banco de dados da pesquisa.

Estes resultados indicam que de uma forma geral os indivíduos estão insatisfeitos com sua imagem corporal ao ingressarem na reabilitação, tendo em vista que 78% mostraram resultado negativo, porém após participarem das atividades físicas, todos os participantes analisaram de forma positiva sua IC. Mas quando analisado cada item global podemos notar que algumas áreas não sofreram modificações, permanecendo estáveis apesar de terem diferença brutas em seus scores. Porém alguns itens melhoraram de acordo com a avaliação dos participantes fazendo com que a média geral se elevasse, os itens com diferença relevantes estão detalhados na tabela 3, mostrando cada item que os compõem para que entendamos melhor a relação de melhora do item global.

Membros Superior	mãos	3,6	4,3*
	braços	2	4,1*
	dedos	3,3	3,6
	pulsos	4	4,3
Funções corporais	apetite	4,6	4,7
	excreção	2	4*
	respiração	3	4,2*
	compleição corporal	3	4,2*
	digestão	3,3	4,6*
	dormir	3	3,9
	Voz	4,6	4,6
	Saúde	3,1	4,6*
	Atividade sexual	1	3,2*
	sexo	5	5
Qualidade física	Atividade rotineira	2,4	4,3*
Aparência global	compleição facial	4,3	4,5
	pelos pelo corpo	3,3	3,4
	disposição corporal	3	4,1*
	perfil	3,3	3,5
	altura	4,3	4,3
	pele	3,3	4,4*
	postura	2	4,1*
	peso	2,6	3,9*

Tabela 3: Itens específicos da catexe corporal que tiveram melhora significativa para aumentar um grau de satisfação, apresentados pela média do grupo e identificados com um (*). FONTE: Banco de dados da pesquisa.

De acordo com a tabela acima podemos identificar itens que foram fundamentais no aumento da catexe corporal do grupo, são eles: mãos e braços; excreção, respiração, compleição corporal e digestão; saúde e atividade sexual; atividade rotineira; disposição corporal, pele, postura e peso. Salientamos ainda, que muitos itens apresentaram mudanças em seus valores brutos, mas não o suficiente para elevarem o grau de avaliação em questão. Ainda relacionado aos itens avaliados pelos participantes do estudo é importante frisar que ao início da reabilitação existiam itens que foram avaliados como insatisfeito, ou até mesmo muito insatisfeitos, são estes: tórax, cintura, costas, braços, excreção/eliminação, atividade sexual, atividade física rotineira, postura e peso. Ao analisarmos a idade e o resultado da catexe corporal, não foi encontrado correlação significativa, mostrando que nessa amostra a avaliação que os indivíduos fazem de sua imagem corporal independe da idade que possuem.

Os indivíduos participaram de 24 sessões de reabilitação, sendo as 2 primeiras e as 2 últimas para avaliação, a intervenção foi composta de exercícios de adaptação neural, ganho de força, resistência muscular, e no final circuitos misturando exercícios de resistência e atividades aeróbias e anaeróbias. Para determinação do nível de coordenação motora e aptidão física foi elaborado um teste funcional com atividades de resistência que foi performado nos dias de avaliação, abaixo no quadro 1 temos o resultado da média do grupo antes e após a intervenção, todos os exercícios foram realizados sentados na cadeira de rodas do próprio indivíduo, com exceção do supino, abdominal e apoio, que foram realizados em uma plataforma acolchoada, utilizada para exercícios que exijam a posição deitada. Halteres foram utilizados em todas as execuções e as cargas estão expressão de maneira unilateral, pois todos os exercícios utilizavam halter de mesma massa para ambos os lados, com exceção dos exercícios realizados apenas com o peso corporal:

Quadro 1: Resultado do teste funcional representado em números máximos de repetição, e a carga em quilos. Kg = quilo, Max = máxima, PC = peso corporal. Resultados pré e pós intervenção. FONTE: Banco de dados da pesquisa

Bíceps	Repetição	12	15,5
	Carga Max.		2,3 kg
Tríceps	Repetição		9,8
	Carga Max.		2,4 kg
Flexão de punho	Repetição		14,3
	Carga Max.		1,7 kg
Elevação lateral	Repetição		9,7
	Carga Max.		1,8 kg
Remada baixa na CR	Repetição		10,2
	Carga Max.		3,2 kg
Supino Plano Peitoral	Repetição		12,3

Deitado	Carga Max.	3,3 kg	12,1 kg
Extensão de Punho	Repetição	11,0	13,2
	Carga Max.	2,7	4,8 kg
Abdominal	Repetição	30	46
	Carga Max.	PC	PC
Apoio	Repetição	7	18
	Carga Max.	PC	PC

Para o bíceps foi realizado o exercício de rosca direta, com um braço estendido ao lado da cadeira; para o tríceps foi realizado a extensão do cotovelo vertical, com o braço acima da cabeça e de forma unilateral; a flexão do punho foi realizada apoiando o antebraço sobre a coxa da mesma lateral, assim mesmo como a extensão do punho, ambos realizados de forma unilateral; a remada baixa foi realizada sentada na cadeira de rodas apoiando o peitoral sobre as coxas; o supino e abdominal foram realizados deitados no tablado acolchoado, com joelhos flexionados e apoiados por um treinador e um colchonete, o abdominal era válido sempre que o indivíduo elevava a cintura escapular do colchonete, por final realizava o apoio, ou flexão de braços deitado em decúbito ventral, mãos ao lado dos ombros e deveria retirar todo o tronco e maior parte da coxa do chão, um treinador auxiliava no equilíbrio do quadril ao realizar a elevação do tronco. Todos os exercícios eram realizados até o ponto de fadiga, mas não deveria ultrapassar 15 repetições, caso o indivíduo alcançasse este número de repetições, o halter era trocado por outro 1 quilo mais pesado, e após um intervalo de 1 minuto realizava-se outra tentativa até que encontrasse uma carga que não ultrapassasse as 15 repetições, já o abdominal e o apoio foram realizados com o peso corporal e o máximo de repetições em 1 minuto ou até o ponto de fadiga. Como exposto no quadro 1 o grupo teve aumento na performance no teste funcional, com elevação de carga e número de repetições para todos os exercícios. O treinamento seguiu o mesmo padrão para todo o grupo na escolha dos exercícios, apenas adaptando o número de repetições e carga utilizada para a individualidade de cada participante, antes de iniciar toda sessão realizavam-se exercícios de mobilidade e aquecimento, e ao final exercícios de alongamento e relaxamento. O aumento no número de repetições e a carga evidenciam o aumento da força muscular dos indivíduos durante a intervenção.

5. Discussão dos Resultados

A imagem corporal de lesionados medulares tem uma melhora com a prática da atividade física, conforme previsto na literatura, isso pode ser constatado através do teste de catexe corporal que foi realizado antes e depois do tempo de intervenção, o comportamento geral da amostra em melhorar a IC, pode ser explicado, pois de acordo com Tucker e Maxwell (1992), pessoas com maiores problemas externos, como angústias, tendem a melhorar mais com a intervenção de exercícios físicos. Como expresso nos resultados, a maioria dos lesionados estão insatisfeitos com seu corpo, o que pode ser explicado por SILVA (2010, p. 4) ao afirmar que alterações patológicas, como essas, sofridas no corpo, “incutem, portanto, em autopercepções que alteram também a imagem corporal deste indivíduo submetido ao quadro patológico”, Brunozi (2011) afirma que a maioria de pessoas que sofrem lesão medular traumática, torna-se insatisfeita com a vida após o acidente. O deficiente físico é visto como diminuído em seu corpo, e até mesmo incapaz de realizar atividades rotineiras, e isso pode afetar muito a maneira como estes indivíduos representam seus corpos em sua mente como mostra nossa pesquisa, mas invariavelmente quando esta pessoa passa por um processo de reabilitação o processo natural de aumentar a força muscular, conseguir realizar atividades com mais destreza, vencer desafios que estava desacostumado melhora a avaliação que fazem de si próprios e aumenta o nível de saúde dos mesmos, o que está de acordo com Gonçalves (2009), que defende que o exercício físico pode se estabelecer como um recurso que promoverá compensações longitudinais no desenvolvimento da Imagem Corporal.

A avaliação por itens globais nos faz perceber que a melhoria mais notada pelos lesionados medulares é na execução de tarefas do seu dia a dia, a melhora global de sua aparência e no nível de atividade que realizam, isso nos faz entender o processo de autonomia que é melhorado com a atividade física, pois o que mais foi elevado foram os itens relacionados ao organismo em geral e à aparência global, esses avanços estão de acordo com Gonçalves (2009) quando fala sobre a eficácia do exercício físico regular com intensidades que variem de moderada à alta no tratamento da depressão, e na melhoria da autopercepção corporal e da autoestima.

O aumento no julgamento da qualidade física foi o maior de todos os itens, estando de acordo com os achados de Alfermann e Stoll (2000), que ao analisarem os impactos do exercícios em adultos de meia idade, verificaram que os aspectos subjetivos de mudanças físicas são os que mais se elevam, em nossa amostra isso pode ser explicado, pois o paciente quando ingressa na reabilitação encontra-se extremamente inativo e dependente dos que o

cercam, processo que é agravado pelo medo, cuidado extremo e as vezes impacto psicológico, além da perda de massa muscular e coordenação motora, “habilidades físicas tem sido demonstradas como as mais diminuídas por aqueles que sofrem trauma na medula (BRUNOZI, 2011, p. 142)” .O fato de ter aumentado a força em geral demonstrado pelos resultados do teste funcional, explica o aumento da IC e toda a amostra, pois de acordo com os estudos de Tucker e Martell (1993), o aumento do tônus e definição muscular favorecem resultados positivos na avaliação da IC, e a prática da atividade física proporciona uma outra visão ao corpo lesionado, pois evidencia que mesmo em uma cadeira de rodas existe muitas atividades que podem ser realizadas, e outras precisarão de adaptações, ou seja a atividade física restabelece a independência e auto confiança do lesionado. Também é importante citarmos que muitos indivíduos ao entrarem na reabilitação estão com grau elevado de “incapacidade funcional, o que provoca graus de dependência” (CARVALHO et. al, 2014, p. 151), mas ao entrarem na reabilitação são extremamente estimulados a voltarem a se mexer, aprendem exercícios que podem realizar por conta própria, e também ao entrarem em contato com outras pessoas que passaram pelo mesmo processo e às vezes encontram-se em um estágio mais saudável que o próprio os estimula e os encoraja a melhorar. É frequente o relato dos pacientes que tentam realizar sozinhos em casa alguma atividade que não havia conseguido durante os treinos, ou que após realizar um exercício no centro de reabilitação passa a repetir em casa com pesos improvisados e outros acessórios. Isso nos leva a crer que muitas vezes a atividade física encoraja e estimula o próprio lesionado a buscar sua melhora e independência, e esse aspecto é fundamental, pois “ações e reações dos outros em nossas relações sociais são parte integrante do processo e da construção da imagem corporal” (SILVA, 2010, p. 6).

Podemos notar na avaliação, itens que eram julgados de forma negativa pelo grupo dentre eles os piores são a qualidade física e a atividade sexual, pois “problemas relacionados ao desempenho sexual são frequentes em lesionados medulares” (CAMPOS, 2007, p. 41). Existem alguns estudos avaliando o impacto na vida sexual do lesionado medular, pela própria lesão, constatando que a repercussão da lesão medular na atividade sexual é grande, ainda de acordo com Campos, supracitada existe uma “necessidade masculina de provar que a atividade sexual não foi afetada”, pois é natural com a lesão medular que o órgão sexual masculino perca a ativação neural da estimulação que gera a ereção voluntária, durante as avaliações o consenso foi geral que não praticavam mais sexo com seus parceiros ou parceiras, porém durante a reabilitação é ensinado formas de conseguir a estimulação para a ereção, técnicas para manter a ereção, e também o aconselhamento a experimentarem outras

formas de prazer que não sejam ligadas apenas aos seus órgãos sexuais. E o aconselhamento, o acesso a nova informação e às técnicas aconselhadas melhorou de forma significativa este item de maneira geral. Durante a própria reabilitação os indivíduos relatavam estar tendo sucesso, ou pelo menos no processo e isso impactou positivamente o grupo. Outros itens que passaram de insatisfeito para algum conceito melhor, que estão mais relacionados ao aspecto físico podem ser explicados pelo ganho de força muscular, pois segundo Alves (2008) o exercício físico faz com que a PCD "vivencie seu corpo de variadas formas e o descobre como um corpo possível e repleto de potencialidade".

Podemos afirmar que o aumento de força ocorreu pela melhora nos testes funcionais, o que geralmente ocorre em estudos que promovem intervenções envolvendo exercícios de resistência em lesionados medulares, como o de Jacobs (2009), que aplicou um protocolo de 12 semanas de exercícios de resistência ou de força em dois diferentes grupos, e ambos os grupos obtiverem ganhos físicos na produção de força dinâmica. Este processo acontece durante o treinamento onde o próprio indivíduo se vê elevando cargas mais pesadas, realizando mais repetições, ficando menos cansado, relatando se sentir mais magro e mais forte, o que faz com que as estruturas corporais relacionadas a esta atividade sejam avaliadas de forma melhor, isso é explicado pois de acordo com Silva (2010) a Educação física atua possibilitando a auto realização, além de desenvolver aspectos do indivíduo com relação a sua participação nas tarefas do coletivo, ou porque “ as conquistas de atividades simples, as quais muitas vezes são parte do tratamento de reabilitação, ajudam a pessoa a reconhecer seu novo corpo” (MAYEDA et.al, 2012, p. 120). Os itens que não estão ligadas a performance em si dos exercícios, ou ao ganho de força, como itens como eliminação/excreção, digestão e pele, podem ser explicados por todo o ganho que acontece na reabilitação, que estão além da atividade física. Os aconselhamentos, as conversas com os profissionais, e com os próprios companheiros, muitas vezes tratavam-se sobre auto cuidado, alimentação saudável, dicas de processos e técnicas que melhoram o quadro de saúde do lesionado medular, ou seja o convívio social com pessoas na mesma situação que você, além dos profissionais de saúde é fundamental para o lesionado, por isso é fundamental que este público participe de programas como o deste estudo, que o faça trocar experiências, conhecimentos, aprender e ensinar ao mesmo tempo. A correlação não existente entre idade e a avaliação da IC, está de acordo com os achados de Gonçalves (2012) quando este cita que “em relação à idade, os exercícios resultam em melhorias na imagem corporal para todas as idades”. Por fim, o que justifica nossa pesquisa como resultado positivo está em saber que os "problemas com a imagem corporal desencadeiam uma variedade de problemas de saúde" (GONÇALVES, 2009, p. 13),

e em nossa intervenção conseguimos reverter esta negatividade e melhorar a maneira como os lesionados medulares avaliam sua IC.

6. Conclusão

A atividade física dentro de um programa de atividade motora é fundamental para o aumento da força, recuperação da coordenação motora, independência e melhora da imagem corporal do lesionado medular traumático. Em muitos casos, este indivíduo encontra-se acamado, ou impossibilitado pela própria condição, ou por outras pessoas, de executar atividades rotineiras, então a reabilitação com atividades físicas evita o sedentarismo, estimula o autocuidado e ajuda no processo de independência do paciente. Porém além dos aspectos físicos e anatômicos melhorarem, a imagem corporal deste tipo de pessoa com deficiência pode ser melhorada também, pois muitos aspectos podem estar negativos após o trauma, e o processo de conseguir realizar as atividades propostas, elevar cargas mais pesadas, aumentar sua independência e se sentir mais forte e seguro, melhora itens fundamentais para a saúde do lesionado medular. Desta forma o ingresso em programas onde o lesionado possa além de praticar atividades motoras, conviver com profissionais de saúde e companheiros na sua mesma situação melhora o organismo, a performance e a sua imagem corporal.

REFERÊNCIAS

ALFERMANN, D.; STOLL, O. Effects of physical exercise on self-concept and wellbeing. *Journal of Sport Psychology*, v. 31, n. 1, p. 47-65, 2000.

ALVES D; PINTO M; ALVES S; MOTA A.D. Cultura e imagem corporal Motricidade Fundação Técnica e Científica do Desporto, 5 (1), 1-20. 2009.

ARNOLDI, M.A.G.C. As concepções doutrinárias sobre a imagem corporal. *Revista do corpo e da linguagem*, 1989.

ANDRADE, M.J; GONÇALVES S. Lesão medular traumática – Recuperação neurológica e funcional. *Acta Med. Porto*. 2007

BARBOSA R.M.S; TAVARES M.C; DUARTE E. Imagem Corporal e motricidade: relações entre Catexe Corporal e a atividade física sistemática. *Revista brasileira de ciência e movimento*. 16(2): 93-100. 2008

BARBOSA R.M.S; LIMA L.M.B. *Eu corpo*. São Paulo. Editora: Phorte. 2011

BARBOSA, R.M.S.P. Avaliação da catexe corporal dos participantes do programa de educação física gerontológica da Universidade Federal do Amazonas. Campinas. 2003

BARROS D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2: p. 547-54, maio-ago. 2005.

BRASIL. Decreto Oficial da União de 03/12/20001, página 5. Leis no. S 10.048 de 8 de novembro de 2000

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34%3E..> Acesso em fevereiro 2015.

BRUNOZI A.E; SILVA A.C; GONÇALVES L.F. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. Revista Neurociencia;19(1):139-144. 2011.

CEREZETTI et al 2012 Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica . Mundo da Saúde, São Paulo;36(2):318-326. 2012.

DI NUBILA H.B.V. ; BUCHALLA C.M.O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade Rev Bras Epidemiol; 11(2): 324-35. 2008.

CAMPOS, M.T; AVOGLIA, H.R.C; CUSTODIO E.M. A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: um estudo exploratório. Psicólogo informação. Ano 11, nº11, 2007.

CARVALHO, Z.M.; Gomes Machado W.; Araújo Façanha, D.M. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. Aquichan, volume 14, número 2, páginas 148-158. Chia, Colômbia. 2014

CEREZETTI et al 2012 Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. Mundo da Saúde, São Paulo;36(2):318-326. 2012.

COTT C; MONIQUE A. M; GIGNAC;. - A CONCEPTUAL MODEL OF INDEPENDENCE AND DEPENDENCE FOR ADULTS WITH CHRONIC PHYSICAL ILLNESS AND DISABILITY, Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 6, pp. 739±753, 1998.

DEFINO, H. L.A. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: TRAUMA II 32: 388-400, out./dez. Capítulo II 1999

DI NUBILA H.B.V.; BUCHALLA C.M.O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade Rev Bras Epidemiol; 11(2): 324-35. 2008.

JACOBS, P. L. Effects of Resistance and Endurance Training in Persons with Paraplegia. Medicine Science Sports Exerc., Vol. 41, No. 5, pp. 992–997, 2009

LANNA JÚNIOR. História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil / compilado por Mário Cléber Martins - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

- MÂNGIA, E. F. et al. Classificação Internacional. CIF. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-130, maio/ago. 2008
- MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspects of identity in the experience of physical disabilities: a social-anthropological view. Interface - Comunicação, Saúde e Educação., v.15, n.36, p.109-21, jan./mar. 2011.
- MAYEDA, S.A.; MARINA, B.S.; RITA F.S.; PAULO, F.A. Minha cadeira de rodas, meu corpo. Revista da Faculdade de Educação Física, volume 10, número 3, páginas 113-141. Campinas 2012
- PENNA, L. Imagem corporal: uma revisão seletiva da literatura. Psicologia – USP, São Paulo, 1(2): 167-174, 1990
- RIMMER, J.H; CHEN, M.D; MCCUBIN, J.A; DRUM, C; PETTERSON, J. Exercise intervention research on person with disabilities, what we know and where to go. Am J Physio and Rehabilitation, volume 89, páginas 249-263. Chicago. 2010
- RODRIGUES O.M.P.R. Educação especial: história, etiologia, conceitos e legislação vigente/ In: Práticas em educação especial e inclusiva na área da deficiência mental / – Bauru: MEC/FC/SEE, 2008.
- RUSSO R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo Movimento & Percepção, Espírito Santo de Pinhal, SP, v.5, n.6, jan./jun. 2005.
- SCARPA S; CORSO C.A.N.C.Effectsof a single sessionofphysicalexerciseonbodystate Revista Brasileira deCiencias e Esporte, Campinas, v. 32, n. 1, p. 173-184, setembro 2010
- SCHILDER, P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. Tradução Rosanne Wertman. 3ª. Edição. São Paulo. 1999
- SECORD, P.F; JOURARD, M.S. The appraisal of body cathexis: body cathexis and the self. Journalof Consulting psychology. Volume 17, número 3. 1953
- SILVA R.F; JÚNIOR R.V; MILLER J. Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder: contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia. Mal-estar na Cultura. Abril-Novembro de 2010
- SCATOLIN B. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique Psic. Rev. São Paulo, volume 21, n.1, 115-120, 2012
- SERNAGLIA, M. B. Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado. Campinas, SP. 2009
- S.G.MURTA; S.S.GUIMARÃES - Enfrentamento à lesão medular traumática Estudos de Psicologia - Estudos de psicologia, volume 12, páginas 57 a 63. 2007.

TUCKER L. A.; MAXWELL, K. Effects of Weight Training on the Emotional Well-being and Body Image of Females: predictors of greatest benefit. American Journal of Health Promotion, v. 6, n. 5, p. 338-371, 1992.

TUCKER, L. A.; MORTELL, R. Comparison of the Effects of Walking and Weight Training Programs on Body Image in Middle-Aged Women: an experimental study. American Journal of Health Promotion, v. 8, n. 1, p. 34-42, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório mundial sobre a deficiência. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo 2012

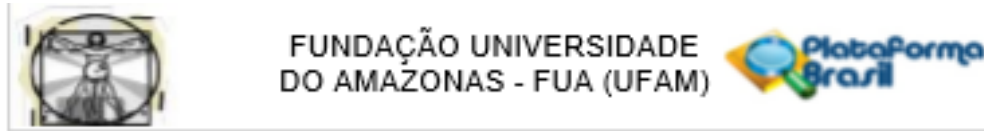
ANEXOS

Anexo I Escala original de Catexe Corporal

Responda, marcando com um X, apenas o número que estiver de acordo com você						
1 - Tenho forte sentimento de desejo de mudança						
2 - Não gosto, mas posso conviver						
3 - Não tenho particular sentimento sobre uma coisa ou outra						
4 - Estou satisfeito						
5 - Considero-me muito satisfeito						
No.	Item	1	2	3	4	5
1	Cabelos					
2	Compleição facial					
3	Apetite					
4	Mãos					
5	Largura dos ombros					
6	Braços					
7	Tórax/ peito					
8	Olhos					
9	Distribuição de cabelos pelo corpo					
10	Nariz					
11	Dedos					
12	Eliminação, excreção					
13	Pulsos					
14	Respiração					
15	Cintura					
16	Disposição corporal					
17	Orelhas					
18	Costas					
19	Queixo					
20	Atividade física rotineira					
21	Tornozelos					
22	Pescoço					
23	Forma da cabeça					
24	Compleição corporal					
25	Perfil/lateral					
26	Altura					

27	Idade						
28	Digestão						
29	Quadril						
30	Textura da pele						
31	Lábios						
32	Pernas						
33	Dentes						
34	Testa						
35	Pés						
36	Dormir						
37	Voz						
38	Saúde						
39	Atividade sexual						
40	Joelhos						
41	Postura						
42	Face						
43	Peso						
44	Sexo masculino/feminino						
45	Nuca						
46	Tronco						

Anexo II - Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL ATRAVÉS DE ESCALA DE CATEXE EM ALUNOS COM LESÃO MEDULAR DO PROGRAMA DE ATIVIDADES MOTORAS PARA DEFICIENTES - PROAMDE/HUGV.

Pesquisador: Minerva Leopoldina de Castro Amorim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45063315.4.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.100.652

Data da Relatoria: 10/06/2015

Apresentação do Projeto:

Vale ressaltar que possuímos poucos estudos publicados na região Norte que relacione a Atividade Física (AF) com PCD's, menos ainda os que são relacionados a sua imagem corporal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

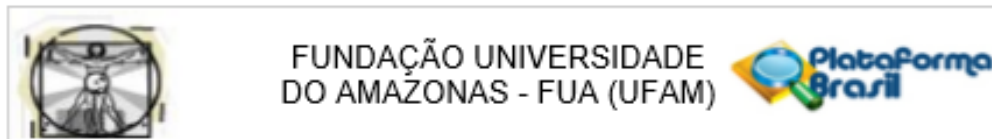
Avaliar a imagem corporal através de escala de catexe, em participantes do Programa de Atividades Motoras para Deficientes - PROAMDE/HUGV

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Alguns participantes poderão ficar inseguros quando estiverem preenchendo a escala de catexe corporal; Alguns participantes poderão ficar constrangidos durante a coleta de dados; Para evitar possíveis desconfortos aos participantes, antes da coleta de dados a psicóloga da equipe conversará com cada participante individualmente esclarecendo qualquer tipo de dúvida, e alguns

Endereço: Rua Teresina, 4950
Cidade: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.100.652

termos que os mesmos poderão não conhecer, e durante o preenchimento os pesquisadores utilizarão uma linguagem fácil e objetivo sobre os termos que constam no instrumento da pesquisa.

Alguns participantes poderão se considerar fracos e incapazes durante os testes. Contudo, os pesquisadores procurarão deixar os participantes seguros, principalmente com a presença de uma psicóloga e realizarão as coletas com um participante por vez no local dos testes.

Benefícios:

A partir dos resultados poderemos vislumbrar estratégias de intervenção que estejam de acordo com a realidade encontrada, assim podemos realizar atividades que possam melhorar a imagem corporal dos indivíduos da pesquisa. Entender como o lesionado avalia sua estrutura corporal e seu funcionamento, fará com que as atividades sejam melhor estruturadas e aplicadas com mais segurança. A compreensão de como o deficiente enxerga seu novo corpo após a lesão, é de fundamental importância para que possamos entendê-lo mais profundamente, além de sabermos se a atividade física influencia de forma positiva nesta avaliação

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores esclareceram que a amostra total será de 20 pacientes frequentadores do Proamde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos Adequados

TCLE: a pesquisadora inseriu os riscos relativos a pesquisa e como minimizá-los. Bem como inclui na equipe de pesquisa um psicólogo que pode gerir os riscos e minimizá-los.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente protocolo de pesquisa atendeu as pendências apresentadas anteriormente e SMJ está de acordo com a Resolução 466/12 do CNS.

Portanto, somos pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070



Continuação do Parecer: 1.100.652

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 10 de Junho de 2015

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4850
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br

