

Análise do esquema e imagem corporal em pacientes com esclerose lateral amiotrófica

Analysis of body image and scheme in patients with amyotrophic lateral sclerosis

Cíntia Citelli de França¹, Vanessa Rodrigues de Queiroz¹, Letícia Moraes de Aquino², Sonia Maria Pereira³

RESUMO

Introdução. A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neuromuscular fatal marcada pelo comprometimento dos motoneurônios da medula espinhal, tronco cerebral e córtex motor, provocando atrofia muscular progressiva. Na maioria desses pacientes o grau de consciência permanece intacto, fazendo com que o indivíduo se veja conectado ao meio ambiente e prisioneiro do seu corpo. As conseqüências da doença levam à alterações no esquema e imagem corporal. **Objetivo.** O objetivo do presente trabalho foi avaliar de forma quantitativa e qualitativa o esquema e imagem corporal de indivíduos com ELA através da análise de desenhos da figura humana. **Métodos.** Foram analisados 10 indivíduos com diagnóstico de ELA, 80% do sexo masculino, com idade média de 56 4,19 anos, através do Teste da Figura Humana, que foi avaliado de forma qualitativa e quantitativa, individual e em grupo. **Resultados.** As principais alterações observadas nos desenhos foram ausência de partes do corpo e de movimento, além de alterações relacionadas com as características particulares apresentadas pelos indivíduos e com o quadro geral da doença. A análise da imagem corporal aponta para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a auto imagem. **Conclusão.** Essa constatação leva a crer que o conhecimento do esquema e imagem corporal é útil como mais uma forma de avaliação e proposta de tratamento em programas de reabilitação.

Unitermos: Imagem corporal. Esclerose amiotrófica lateral. Desenho.

Citação: França CC, Queiroz VR, Aquino LM, Pereira SM. Análise do esquema e imagem corporal em pacientes com esclerose lateral amiotrófica.

SUMMARY

Introduction. The Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) is fatal a neuromuscular disease marked by the committal of the motoneurons of the spinal cord, brain stem and motor cortex causing progressive muscle atrophy. In these patients the degree of conscience remains intact, making the individual see himself connected to the environment and a prisoner in his own body. The consequences of the disease lead to alterations in the plan and body image. **Objective.** The aim of this study is to evaluate in quantitative and qualitative ways the plan and the body image of individuals with ALS through the analysis of drawings of the human figure. **Methods.** We analysed 10 patients with ALS diagnosed, 80% male, 56 4.19 years old, with Human Figure Test. The data was analyzed individually and in group, qualitatively and quantitatively. **Results.** The main alterations observed in the drawings were the absence of parts of the body and movement, apart from alterations related to particular characteristics showed by the individuals and with a general view of the disease. The body image analyze showed impairments as no satisfaction, distortions, concern about self-image. **Conclusion.** The verification of these alterations makes us believe that knowledge of the scheme and body image are useful as one more way of evaluation and criteria of inclusion in rehabilitation programs.

Keywords: Body image, Amyotrophic lateral sclerosis, Design.

Citation: França CC, Queiroz VR, Aquino LM, Pereira SM. Analysis of body image and scheme in patients with amyotrophic lateral sclerosis.

Trabalho realizado no Departamento de Neurologia/ Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo

1. Fisioterapeuta, especializanda em doenças neuromusculares – UNIFESP.
2. Fisioterapeuta, mestranda – UNIFESP.
3. Psicopedagoga e psicomotricista, professora adjunta do curso de Fisioterapia da Universidade São Camilo.

Endereço para correspondência:

Cíntia Citelli de França
Av. Vivaldi, 1252
CEP 09617000 - São Bernardo do Campo-SP
Email: ci_citelli@hotmail.com

Recebido em: 14/04/2007

Revisão: 15/04/2007

Accito em: 19/09/2007

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença fatal marcada pela depleção dos motoneurônios do córtex cerebral, tronco encefálico e medula espinhal¹⁻³. Esta pode ser classificada como ELA suspeita, possível, provável ou definida, de acordo com os sinais de lesão de neurônios motores superior e inferior apresentados, através dos critérios do El Scorial⁴.

O tempo médio de evolução da doença até a morte ou dependência de ventilação mecânica é de aproximadamente dois a quatro anos^{2,5}. Sua patogenia continua obscura, porém⁶ inúmeros mecanismos, como morte celular por agressão auto-imune dos canais de cálcio e incremento do cálcio intracelular, infecção viral, estresse oxidativo, dano por radicais livres, neurotoxicidade por glutamato e disfunção das mitocôndrias ou dos mecanismos de transporte axonal por possível deficiência no fator de crescimento do nervo, são sugeridos nos últimos anos como fatores contribuintes⁷⁻⁹. A degeneração das células nervosas não afeta a sensibilidade, os sentidos e nem diminui a capacidade intelectual, exceto nos casos de Esclerose Lateral Amiotrófica com Atrofia Fronto-Temporal seguida de demência, que são raramente encontrados. Observa-se dispnéia progressiva nos pacientes acometidos, com necessidade de assistência ventilatória, sendo essa a principal causa de morte¹⁰⁻¹³.

Não existe nenhuma terapia que possa estacionar ou levar à cura da doença, porém há um grande número de estratégias para o controle da sintomatologia e gerenciamento das capacidades existentes^{12,14}. O tratamento interdisciplinar visa prevenir as complicações provenientes da imobilização na maior parte do tempo e melhorar, em algum aspecto, a saúde e a auto-estima. Para isso, torna-se benéfico que o indivíduo tenha uma imagem corporal valorizada^{15,16}. Entende-se por esquema e imagem corporal a representação formada mentalmente do nosso corpo a partir de experiências vividas desde o nascimento, seguida de reestruturações constantes geradas pelas relações estabelecidas com o meio físico e social através da percepção que o indivíduo tem do seu corpo e o conceito que faz de si mesmo¹⁷⁻²⁰.

A doença orgânica altera a imagem do corpo, assim como os sinais e sintomas da doença alteram as ações motoras^{21,22}. Havendo uma integração incoerente da gnosis corporal, podem ocorrer dificuldades de relação com objetos, insuficiência do investimento afetivo e lúdico, impedindo assim o acesso de uma motricidade orientada e ajustada às percepções²³.

O desenho da figura humana é um instrumento aferidor da consciência da unidade corporal, sendo um dos mais ricos instrumentos para a investigação da personalidade e do esquema e imagem corporal, uma vez que se refere às imagens internalizadas que tem de si próprio e dos outros²³⁻²⁵. As vivências psicomotoras têm como objetivo estimular os indivíduos a conhecerem e utilizarem seu corpo, percebendo o quanto ele está integrado e associado ao seu pensamento e emoções²⁰, podendo ser explorada em pacientes de ELA, uma vez que grande parte desses indivíduos permanece conectada ao meio ambiente, vivendo literalmente o drama de sua prisão pessoal⁶.

Os objetivos deste estudo foram de analisar o esquema e imagem corporal de indivíduos com ELA por meio do teste do desenho da figura humana, para observar se existem ou não alterações ou distorções e caracterizar o grupo avaliado.

MÉTODO

Realizou-se um estudo qualitativo e quantitativo (descritivo e transversal), com amostra por conveniência. A pesquisa foi realizada na Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (ABRELA), localizada no setor de Investigação em Doenças Neuromusculares UNIFESP/EPM, uma vez por semana, no período de agosto a setembro de 2006, até totalizar o número de 10 indivíduos.

Como critérios de inclusão, determinou-se diagnóstico de ELA confirmado pelo prontuário médico, idade entre 20 e 80 anos, possibilidade motora de escrita, e estar cadastrado na ABRELA, e de exclusão, pacientes que apresentassem alterações cognitivas, dor ou fadiga durante a realização do desenho e incapacidade motora de realizá-lo sozinho.

A caracterização dos participantes foi feita através da coleta de dados retrospectiva por meio do prontuário médico e da avaliação fisioterapêutica do setor que continham o perfil sócio ocupacional (nome, idade, sexo, profissão, atividade física), exame físico (movimentação ativa de membros superiores proximal e distal e movimento de pinça, fadiga, dor e câimbras), tempo dos sintomas e o tempo de diagnóstico de ELA, doenças associadas e antecedentes pessoais. Para o presente estudo, a movimentação ativa dos membros superiores e o movimento de pinça foram classificados, independentemente do grau de força muscular, como preservado (capacidade em realizar ativamente todo o arco do movimento), comprometido (incapacidade em realizar ativamente todo o arco do movimento) e ausente (incapacidade

em realizar o movimento); aplicação de uma ficha elaborada pelas aplicadoras para completar os dados coletados e a escala de funcionalidade ALS *Functional Rating Scale*²⁶.

O teste do desenho da figura humana foi aplicado uma única vez em cada indivíduo. Durante a aplicação, com os dados recolhidos com os indivíduos (nome, idade, sexo) eram acessados os prontuários, após ciência e autorização dos responsáveis pelo setor, e com o consentimento informado dos indivíduos, previamente aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP. Como recursos para sua aplicação foram utilizadas folha cor branca, prancheta e caneta hidrográfica cor preta.

Para a realização do desenho, uma folha foi colocada verticalmente diante do sujeito, fixada em uma prancheta com a caneta hidrográfica. Os sujeitos deveriam estar sentados em cadeira com apoio ou na própria cadeira de rodas com apoio da prancheta sobre uma mesa fixa.

O teste foi baseado na análise do desenho da figura humana, sendo avaliado de modo quantitativo (tabela 1), por uma pontuação entre 0 e 1027, e qualitativo pela análise individual e em grupo, com a colaboração de uma investigadora cega à amostra capacitada para tal avaliação (psicopedagoga e psicomotricista). A análise foi realizada de forma individual e grupal, quantitativa e qualitativa²⁸.

Tabela 1. Tabela proposta por Oliveira²⁷ para avaliação quantitativa do desenho da figura humana.

Pontuação	Desempenho
10	Obedece a proporção, número e posição das partes, denotando possuir representação mental correta; figura rica em detalhes; semelhança com o real; orientação espacial; diferenciação dos sexos, vestimentas elaboradas; presença de mãos, antebraços, pernas, pés; figuras em movimento.
8	Desenho pobre, com poucos detalhes, obedecendo ao número e posição das partes do corpo, com orientação espacial no papel; boas proporções, com três detalhes de roupa; presença de ombros, cintura e pescoço.
6	Desenho pobre, sem detalhes; faltando uma ou duas partes essenciais do corpo; poucas distorções, pernas muito longas ou muito curtas; figura muito pequena ou muito grande; falta de orientação espacial, fazendo a figura muito no canto ou no alto da folha.
4	Desenho muito pobre, faltando mais de três detalhes essenciais do corpo; sem respeitar a proporção, número e posição das partes da figura humana, com algumas distorções; tronco muito longo, falta de delineamento onde começam as pernas e os braços.
2	Desenho em "palito", apenas delineando uma figura humana.
0	Traços irregulares; desenho incompleto, fragmentado, irreconhecível, com distorções.

RESULTADOS

Dados demográficos

Foram analisados 10 indivíduos, sendo 80% do sexo masculino, com idade média de $56 \pm 4,19$ anos, sendo que a maioria apresentava ELA do tipo apendicular (80%). Na pesquisa de queixas e sintomas, apenas 30% referiram câibras e 40% tinham dor. Quanto à movimentação ativa proximal dos membros superiores, 60% dos indivíduos a possuíam preservada e 40% comprometida; em relação à movimentação ativa distal dos membros superiores, 50% possuíam preservada, 40% comprometida e 10% ausente; em relação ao movimento de pinça, 40% deles o mantinham preservado, 50% apresentavam comprometimento e 10% ausência. A evolução da doença teve uma média de $46,3 \pm 38,69$ meses. Destes indivíduos, apenas 20% ainda realizavam atividade profissional, sendo que, do total, somente 10% não possuíam vida profissional ativa anteriormente à doença. 40% dos indivíduos relatam apenas atividades de lazer, 20% atividade de lazer associada à atividade profissional, 20% cuidados básicos e auto cuidados e 20% relataram não realizar atividade alguma. Em relação aos tratamentos, 70% realizam alguma terapia além do tratamento médico ambulatorial, sendo que destes, 40% fisioterapia, 10% fisioterapia e fonoaudiologia, 10% fisioterapia, fonoaudiologia e acompanhamento nutricional, 10% fisioterapia, hidroterapia e terapias alternativas e 10% somente terapias alternativas. O valor médio da ALSFRS foi de $26,1 \pm 4,99$.

Análise individual dos desenhos

a) J.M.D.: quantitativa: 4 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura grande, centralizada à esquerda e inferior, com traçado não contínuo, sem expressão de movimento, com ausência de partes do corpo (braços e rosto) e rasura nas pernas. Realizado em 2 minutos.

b) N.F.: quantitativa: 10 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura média, centralizada à direita, com traçado contínuo, com expressão de movimento, sem ausência de partes do corpo. Realizado em 2 minutos e 15 segundos.

c) C.A.H.: quantitativa: 8 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura grande, centralizada, com traçado contínuo, com expressão de movimento, com ausência de partes do corpo (cabelos e orelhas) e diferença entre os hemisférios. Realizado em 3 minutos.

d) L.N.: quantitativa: 4 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura pequena, centralizada à esquerda, com traçado contínuo, sem expressão de movimento, difícil diferenciação entre as partes do corpo, desenhou a aplicadora ao lado. Realizado em 2 minutos.

e) E.F.S.: quantitativa: 6 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura grande, inferior à direita, com traçado contínuo e rebuscado, sem expressão de movimento, com ausência de partes do corpo (membros inferiores e mão direita), apresentando desorganização espacial. Realizado em 4 minutos e 45 segundos.

f) J.F.F.: quantitativa: 8 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura média, superior à esquerda, com traçado contínuo, sem expressão de movimento, com ausência de partes do corpo (boca e detalhes). Realizado em 1 minuto e 30 segundos.

g) B.C.G.: quantitativa: 6 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura pequena, superior à direita, com traçado contínuo, sem expressão de movimento, com ausência de partes do corpo, ênfase na presença das orelhas. Realizado em 3 minutos.

h) A.M.R.O.: quantitativa: 8 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura grande, centralizada, com traçado contínuo, sem expressão de movimento, com ausência de partes do corpo (rosto e detalhes devido à incapacidade motora de realizá-los). Realizado em 2 minutos.

i) R.F.L.: quantitativa: 8 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura grande, centralizada, com traçado contínuo e rebuscado, sem expressão de movimento, com ausência de partes do corpo (cabelo e orelhas), e com presença do chão. Realizado em 3 minutos e 30 segundos.

j) E.S.: quantitativa: 2 pontos de acordo com a classificação utilizada; qualitativa: figura média, centralizada inferior, com traçado contínuo, sem expressão de movimento, com ausência de partes do corpo, com ênfase no desenho do rosto. Realizado em 3 minutos e 10 segundos.

Análise em grupo dos desenhos

Pode-se observar que 40% dos desenhos feitos classificaram-se com pontuação 8 dentro da escala utilizada (anexo), 20% com pontuação 6, 20% com pontuação 2, 10% com pontuação 10 e 10% com pontuação 4; 30% das figuras estão centralizadas, 10% centralizadas e inferiores, 10% centralizadas

e inferiores à esquerda, 10% centralizadas à direita, 10% centralizadas à esquerda, 10% superiores à direita, 10% superiores à esquerda e 10% inferiores à direita; quanto ao tamanho das figuras, 50% delas são grandes, 30% médias e 20% pequenas; apresentando 70% dos traçados contínuos, 20% contínuos e rebuscados e 10% tracejados; entre elas apenas 20% têm expressão sugestiva de movimento e 80% não; 90% das figuras apresentam ausência de partes do corpo enquanto 10% não apresentam. 90% dos indivíduos iniciaram pela cabeça; 60% usavam cadeira de rodas, apenas 40% demonstraram alguma dificuldade durante a realização, 50% do grupo mostrou-se muito comunicativo, 30% não estavam acompanhados na ocasião da aplicação do desenho. O tamanho dos membros não foi avaliado devido à dificuldade motora apresentada pela doença.

Anexo. ALS Functional Rating Scale.

a.Fala

4.Normal 3.Disartria leve 2.Disartria moderada, fala inteligível 1.Disartria grave, necessita comunicação não verbal 0.Anartria

b.Salivação

4.Normal 3.Excesso leve, pode haver sialorréia à noite ou no decúbito 2.Excesso moderado, sialorréia mínima 1.Excesso grave, sialorréia evidente 0.Sialorréia intensa, necessita aspiração constante

c.Deglutição

4.Normal 3.Disfagia leve, ocasionalmente engasga 2.Disfagia moderada, necessita mudança na quantidade ou consistência 1.Disfagia grave, necessita sonda 0.Dieta parenteral ou gastrostomia

d.Escrita

4.Normal 3.Lentificada, todas as palavras são legíveis 2.Algumas palavras são ilegíveis 1.Capaz de manipular caneta mas incapaz de escrever 0.Incapaz de manipular

e.Manipulação de alimentos e utensílios (pacientes sem gastrostomia)

4.Normal 3.Lento mas não necessita de ajuda 2.Lento e necessita de ajuda 1.Necessita de ajuda de terceiros para os utensílios, mas pode alimentar-se sozinho 0.Necessita ser alimentado

e1.Manipulação de alimentos e utensílios (pacientes com gastrostomia)

4.Normal 3.Lento mas capaz de todas as manipulações sem auxílio 2.Necessita algum auxílio 1.Praticamente toda a manipulação da dieta necessita de auxílio 0.Incapaz/necessita de auxílio total

f.Vestuário e higiene

4.Normal 3.Independente para todas as atividades, mas com dificuldade e eficiência diminuída 2.Necessita assistência intermitente ou para tarefas específicas 1.Necessita assistência total 0.Totalmente dependente

g.Atitude no leito e manipulação da cama de roupa

4.Normal 3.Lento, mas não necessita de ajuda 2.Pode mexer-se e ajustar roupa sem auxílio, mas com grande dificuldade 1.Pode iniciar tais atividades, mas necessita de auxílio para terminá-las 0.Dependente de auxílio total

h.Marcha

4.Normal 3.Alterações precoces 2.Necessita de auxílio 1.Restrito a cadeira de rodas ou leito 0.Paraplégico

i.Subir escadas

4.Normal 3.Lento 2.Perde equilíbrio ou fadiga 1.Necessita assistência 0.Incapaz

j.Respiração

4.Normal 3.Dispnéia com esforço leve (andar/falar) 2.Dispnéia ao repouso 1.Assistência ventilatória intermitente (noturna) 0.Dependente ventilador

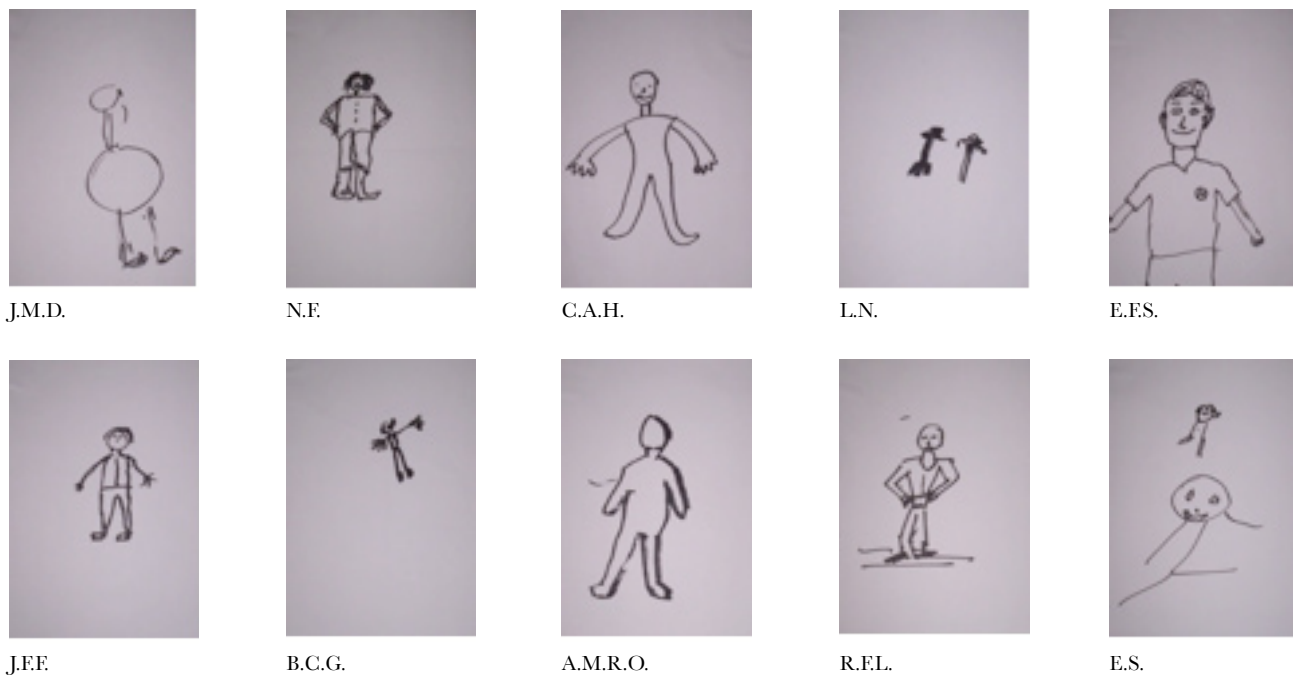


Figura 1. Desenhos realizados pelos indivíduos participantes da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os dados mostram que, apesar de pequena, esta casuística pode representar a maioria das características encontradas na literatura referentes à ELA. A idade média de $56 \pm 4,19$ anos, a maior incidência em homens e a forma bulbar em 20% dos casos condizem com os dados descritos na literatura^{2,10} quando relatam a maior incidência da ELA na 6ª e 7ª décadas, com proporção maior de homens e sintomas bulbares em 17 a 25% dos casos.

A presença de câibras em 20% dos indivíduos e de dor em 40% relaciona-se com os dados descritos na literatura^{2,9} de pacientes que relatam espasmos musculares, em geral aliviados com movimentos de alongamentos ou medicações, e referem uma dor não específica em fases avançadas da doença. A câimbra e a dor, quando presentes com frequência, podem alterar as ações motoras e, com isso, o esquema e imagem corporal²².

O tempo de evolução da doença teve média de $46,3 \pm 38,69$ meses, próximo dos dados encontrados em literaturas atuais que descrevem como tempo de evolução do início da doença ao óbito entre 24 e 60 meses^{11,14}.

Quanto às atividades sociais, de lazer e de auto-cuidados, encontra-se descrito na literatura¹⁶ que a formação do esquema e imagem corporal sofrem influência do estado emocional, conflitos psíquicos e do contato com o mundo proporcionado

pelos diferentes atividades realizadas, sendo o elemento social e a auto-estima aspectos fundamentais.

Desses indivíduos, apenas 30% não realizam nenhum tratamento; entre os 70% restantes são realizadas terapias nutricionais, fisioterapia e fonoaudiologia, o que se vê descrito como uma busca de tratamento multiprofissional. Há, também, freqüente procura por técnicas alternativas na tentativa de melhorar a qualidade de vida e aliviar o sofrimento^{13,27}.

A ALSFRS é a escala preferida para a avaliação de nível e de mudanças funcionais em pacientes com ELA, podendo ser usada como dado comparativo periodicamente através da pontuação obtida com a sua aplicação^{15,27}. A pontuação na ALSFRS teve média de $26,1 \pm 4,99$ na época de avaliação.

Quanto à perda de força muscular, os dados condizem com a literatura, pois segundo esta⁹ em 90% dos casos a queixa principal dos indivíduos é a fraqueza de um músculo ou de grupos musculares. Por se tratar de uma doença de início insidioso, a maioria deles não está ciente das alterações na força ou se ajustam a elas até que tenham dificuldade em uma atividade funcional²⁸.

Todos os dados descritos podem influenciar o esquema e imagem corporal. Isso porque há uma interação entre os aspectos fisiológicos, neurais, emocionais e sociais para sua formação e constantes reestruturações²². A motricidade é importante na produção da imagem mental, sendo que ela também

se dá através das sensações que nos são percebidas. Temos as impressões táteis, térmicas e dolorosas, as sensações viscerais e proprioceptivas, que nos dão a percepção de um esquema corporal^{17,29}.

A análise do esquema e imagem corporal pode identificar alterações que vão influenciar na motricidade voluntária e na qualidade de vida. Essa análise pode ser realizada a partir do desenho da figura humana, demonstrando através dele a maturidade conceitual do indivíduo em relação ao corpo humano e o próprio corpo³⁰. A análise da imagem corporal aponta para prejuízos relacionados à insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a auto-imagem, todos eles influenciados por fatores sócio-culturais³¹.

Durante a realização de qualquer desenho, é fundamental se observar o processo de produção: a postura corporal, a motricidade fina, o ritmo e a forma de elaborar as figuras e a cena. São relevadas as incapacidades apresentadas durante a criação do desenho, sendo aceitas quaisquer expressões como profundamente significativas^{23,32}. Um traço gráfico isolado nada significa, cada traço deve ser considerado em conexão com os demais e no contexto geral do desenho^{30,33}.

A falta de conhecimento do fisioterapeuta quanto à imagem e esquema corporal dos pacientes talvez possa aumentar ainda mais a distância entre o que o terapeuta deseja e o que o paciente imagina oferecer. A utilização do teste do desenho da figura humana favorece uma avaliação rápida e é um recurso que permite comparação de amostras futuras para mensurar a evolução do tratamento³⁴.

A análise individual e em grupo dos desenhos pode ilustrar o impacto das seqüelas e alterações que a doença ELA pode trazer ao esquema e imagem corporal desses indivíduos.

Durante a análise dos desenhos, foi possível observar que os indivíduos com significativa perda da força muscular realizaram desenhos grandes e com ausência de partes do corpo, e quanto maior a perda da força muscular, menor foi o tempo de realização. O desenho de A.M.R.O. (figura 1), que apresenta ausência da movimentação ativa distal de membros superiores e do movimento de pinça, foi realizado em 2 minutos, o que pode ser justificado pela grande dificuldade motora de membros superiores, não apresentando detalhes e sendo realizado de maneira contínua. Já o desenho de E.F.S. (figura 2), com movimentação ativa proximal e distal e movimento de pinça preservados, foi realizado em 4 minutos e 45 segundos, uma vez que ele possui melhor habilidade motora e realizou o desenho lenta-

mente para conseguir fazer os detalhes, devido à sua fraqueza muscular. No seu desenho, pôde-se notar a ausência dos membros inferiores, o que representa uma alteração no seu esquema e imagem corporal³⁵, podendo sugerir uma não aceitação do uso da cadeira de rodas.

As figuras dos indivíduos que relatam dor e câibras, como as de J.F.F. e B.C.G. (figuras 3 e 4, respectivamente), foram realizadas na parte superior da folha, de tamanho de pequeno a médio e com ausência de movimento. A localização na folha pode indicar a sensação de possuir objetivos inatingíveis, o tamanho, sensação de inferioridade e a ausência de movimento pode estar associada a posturas antálgicas e à necessidade de permanecer imóvel devido à presença de câimbras³⁶.

A alteração no traçado apresentada por J.M.D. e R.F.L. (figuras 5 e 6, respectivamente), que desenharam os pés com um traçado rebuscado e não contínuo, é descrita na literatura³⁶ como uma busca por estabilidade e possível perda da própria identidade.

O desenho feito pelos pacientes com ELA do tipo bulbar apresentaram como única semelhança a localização na parte central da folha. C.A.H. (figura 7) apresenta em seu desenho calvície, que associa a apresentada por ele mesmo, e desvio da cabeça à direita, com hemicorpo direito menor do que o esquerdo, indicando instabilidade e/ou equilíbrio precário³³, e o desenho de L.N. (figura 8) foi realizado em tamanho pequeno e em bloco, além de apresentar ao seu lado o desenho de outra figura humana, demonstrando timidez e sentimento de inferioridade³⁵.

O desenho de E.S. (figura 9) mostrou-se pobre e próximo do “palito”, onde é difícil nomear cada parte do corpo e é dada ênfase ao rosto, sugerindo falta de percepção corporal e sensação de estar preso em si mesmo, mantendo íntegras as funções cognitivas. O maior destaque dado à cabeça é sugestivo de sensação de inferioridade ou vergonha relacionada às funções e partes do seu corpo³².

O único desenho onde não se encontra alteração do esquema e imagem corporal foi o realizado por N.F. (figura 10), por ser rico em detalhes, sem ausência de partes do corpo, com movimento, tamanho e proporções adequados, apresentando pequena diferença entre os membros inferiores, onde há um destaque para o membro inferior esquerdo, no qual relata câibras frequentes. A presença de movimento indica adaptação e capacidade mental³⁵. O indivíduo apresenta pouco tempo de evolução da doença, o que pode justificar que, apesar do seu comprome-

timento motor, ainda preserva uma boa noção do seu esquema e imagem corporal.

A presença da doença modifica não somente a percepção do modelo postural do corpo, mas também sua estrutura como um todo²¹. Com isso, a vivência emocional leva o indivíduo a alterações na percepção de sua identidade e o conceito de si mesmo, que são expressas na realização do desenho da figura humana. Em geral, os pacientes de ELA falecem mantendo íntegras as funções cognitivas, gerando uma situação chocante para o indivíduo, que se vê perfeitamente conectado ao seu meio ambiente e prisioneiro em seu próprio corpo^{12,13}.

A fisioterapia pode-se valer dessa noção de esquema e imagem corporal para enriquecer sua terapia com os pacientes com ELA.

São muitas as explicações e hipóteses para justificar as possíveis distorções de esquema e imagem corporal encontradas em pacientes com ELA. Sabe-se que indivíduos com limitações físicas projetam em seus desenhos qualquer distúrbio apresentado³⁷. Torna-se importante o estudo da noção de imagem e esquema corporal nesses indivíduos que, devido aos déficits motores, têm que aprender a lidar com uma doença progressiva e rapidamente incapacitante.

CONCLUSÃO

Os resultados da análise dos desenhos demonstram haver, na maioria deles, uma distorção no esquema e imagem corporal. Os indivíduos estudados, apesar de em pequeno número, apresentam as principais características da doença encontradas na literatura. As alterações observadas no desenho foram, principalmente, ausência de partes do corpo e de movimento, além de alterações específicas para os diferentes casos analisados. Essas alterações se relacionam com as características individuais coletadas durante as avaliações e com o quadro da doença em si, uma vez que a mesma leva a alterações musculares que vão interferir na organização do esquema e imagem corporal, levando os indivíduos a ilustrarem suas dificuldades e comprometimentos físicos em seus desenhos.

A constatação dessas distorções destaca a necessidade de conhecimento do esquema e imagem corporal também pelos fisioterapeutas, como mais um recurso de avaliação e método comparativo periodicamente em programas de reabilitação. O uso do esquema e imagem corporal através de sua avaliação e como proposta de tratamento de integração, pode ser uma ferramenta adicional à fisioterapia para oferecer melhor qualidade de vida a esses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kaplan LM, Hollander D. Respiratory dysfunction in amyotrophic lateral sclerosis. *Chest* 1994;15(4):675-80.
- Calia LC, Annes M. Afecções neurológicas periféricas. In: Reabilitação em doenças neurológicas — guia prático terapêutico. São Paulo: Atheneu, 2003, pp. 31-64.
- Rodríguez FP, Palos PA, Del Pilar AML. Consecuencias emocionales del cuidado del paciente con esclerosis lateral amiotrófica. *Rev Neurol* 2005;40(8):459-64.
- Bonduelle M. Amyotrophic lateral sclerosis. *Handbook of clinical neurology*. New York: Elsevier, 1998, vol. 21/22, pp. 281-330.
- Bourke SC, Show PJ, Gibson GJ. Respiratory function vs sleep-disordered breathing as predictors of QOL in ALS. *Neurology* 2001;57:2040-4.
- Casemiro CR, Arce CG. Comunicação visual por computador na esclerose lateral amiotrófica. *Arq Bras Oftalmol* 2004;67(2):295-300.
- Tandan R, Bradley WG. Amyotrophic lateral sclerosis: part 2. Etiopathogenesis. *Ann Neurol* 1985;18:419-31.
- Eisen A. Amyotrophic lateral sclerosis is a multifactorial disease. *Muscle & Nerve* 1995;18:741-52.
- Hallum A. Doenças neuromusculares. In: Reabilitação neurológica. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2004, pp. 384-405.
- Muñoz JCE, Cabañero AM, Sastre IH, Rasilla CG. Formas de presentación de la esclerosis lateral amiotrófica en atención primaria. *Aten Primaria* 2004;34:323.
- Coco GL, Coco DL, Cicero V, Oliveri A, Verso G, Piccoli F, et al. Individual and health-related quality of life assessment in amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers. *J Neurol Sci* 2005;238:11-7.
- Borges CF. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. *Psicol Estud* 2003;8:21-9.
- Sierra DJC. Algunas consideraciones bioéticas en la abordaje de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. *Rev Neurol* 2001;32(10):952-7.
- Neudert C, Wasner M, Borasio GD. Individual quality of life is not correlated with health-related quality of life or physical function in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Palliat Med* 2004;7(4):551-6.
- Fernandez LG, Sierra DJC. Importancia del tratamiento rehabilitador multifactorial en la esclerosis lateral amiotrófica. *Rev Neurol* 2001;32(5):423-6.
- Pracidelli F, Izzo H, Aranha VC, Fernandes MC. A imagem corporal dos idosos internados na enfermaria do serviço de geriatria — uma visão fisioterápica e psicológica. *Mundo da Saúde* 2001;25(4):404-10.
- Schilder P. A imagem do corpo — As energias contrutivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1980, 414p.
- Pricoli V. Alterações do esquema corporal em esquizofrênicos e a representação pelo desenho da figura humana. *Rev Psiquiatr Clin* 1987;14(3):3-16.
- Ferreira CAM, Thompson R. Imagem e esquema corporal — uma visão transdisciplinar. São Paulo: Lovise, 2002, 152p.
- Ferreira CAM. Psicomotricidade — Da educação infantil à gerontologia — teoria e prática. São Paulo: Lovise, 2000, 178p.
- Schilder P. A imagem do corpo. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999, 414p.
- Barros DD. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *Hist Cienc Saude* — Manguinhos 2005;12(2):547-54.
- Fonseca V. Psicomotricidade. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988, 372p.
- Vayer P. O Diálogo corporal. São Paulo: Manole, 1989, 266p.
- Peres RS. O desenho da figura humana de Machover aplicado em andalhos de estrada. *Psicologia: Teoria e Prática* 2002;4(1):81-92.
- Brooks BR, Sanjak M, Ringel S, England J, Brinkmann J. ALS Functional Rating Scale. *Arc Neurol* 1996;53(2):141-7.
- Oliveira GC. Psicomotricidade — educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. 9ª ed. São Paulo: Vozes, 2004, 150p.
- Wechsler SM. O desenho da figura humana — avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras. 3ª ed. Campinas: Lamp, 2003, 67p.
- Fontes SV, Fukujima MM, Cardeal JO. Fisioterapia Neurofuncional — Fundamentos para a prática. São Paulo: Atheneu, 2006, 340p.

30. Fonseca V. *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, 398p.
31. Almeida GAN, Loureiro SR, Santos JE. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicol Reflex Crit* 2002;15(2):283-92.
32. Thompson R. Organizador Carlos A. de Matos Ferreira — *Imagem e esquema corporal*. São Paulo: Lovise, 2002, 152p.
33. Van Kolck OL. *Técnicas de Exame Psicológico e suas aplicações no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1977, 183p.
34. Corrêa FI, Costa TT, Fernandes MV. Estudo da imagem e esquema corporal de crianças portadoras de paralisia cerebral do tipo tetraparética espástica. *Fis Bras* 2004;5(2):131-4.
35. Campos DMS. *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1990, 98p.
36. Van Kolck OL. Testes projetivos gráficos. *São Paulo: Pedagógica e Universitária*, vol. 5, 2003, pp. 20-54.
37. Aquino LM, Saito PY. *Análise do esquema e imagem corporal em indivíduos com Síndrome Pós Poliomielite*. Monografia apresentada à Universidade Federal de São Paulo, 2005, 62p.