

ARTIGO DE REVISÃO

A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito

The repercussions of a spinal cord injury over the individual's identity

*Maíra Baldan Fechio*¹, *Kátia Monteiro De Benedetto Pacheco*², *Harumi Nemoto Kaihama*³, *Vera Lúcia Rodrigues Alves*⁴

RESUMO

O presente artigo decorre de pesquisa bibliográfica, qualitativa e exploratória, de publicações literárias científicas, vinculadas à temática da lesão medular e da análise e discussão crítica deste material pesquisado, fundamentada na concepção de identidade do autor Ciampa e nos pressupostos da abordagem da psicologia social. Através do trabalho de pesquisa e análise crítica buscou-se uma maior reflexão e uma maior compreensão acerca da instalação da lesão medular, da repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. Procurou-se discutir o papel do programa de reabilitação no movimento de elaboração e de transformação do sujeito e a importância do reconhecimento de seus potenciais para posteriormente participar de forma ativa e auto determinada na sociedade, colaborando assim para uma transformação da própria sociedade.

ABSTRACT

This study is originated from a bibliographic research with qualitative focus. We searched the scientific literature publications linked to spinal cord injury themes and analyzed with critical discussion all the collected material based on Ciampa's concept of identity and on the concept of the social-psychological approach. We looked for a major reflection and comprehension of the spinal cord injury event and its effect on the person's identity through research and critical analysis. We looked to discuss the role of the rehabilitation programs in the process of elaboration and transformation of the individual and also the importance of recognizing the person's potentials to allow them to later participate in an active and self-determined way in the society, collaborating to transform society itself.

PALAVRAS-CHAVE

traumatismos da medula espinal, reabilitação, psicologia social

KEYWORDS

spinal cord injuries, rehabilitation, psychology social

1 Psicóloga, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

2 Mestre em Psicologia, Psicóloga do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3 Mestre em Ciências, Psicóloga Chefe do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

4 Doutora em Psicologia Social, Diretora do Serviço de Psicologia do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Guaicurus, 1274

São Paulo - SP

Cep 05033-002

E-mail: mairabaldan@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Lesão Medular (L.M.) é uma condição com significativas manifestações clínicas incapacitantes e permanentes, geradas por insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, decorrente de uma lesão que afeta a integridade anatômica deste órgão.

A cada um milhão de pessoas no mundo, em média de trinta a quarenta sofrem L.M. No Brasil, é possível estimar, que aproximadamente de cinco a seis mil por ano sejam vítimas de tal comprometimento. O índice de vítimas de L.M. é crescente e tem havido uma diminuição dos óbitos.¹

Trabalhos com enfoque na esfera psíquica do paciente podem contribuir para a ampliação de conceitos e fundamentalmente para a melhor compreensão da pessoa com deficiência. Desta maneira a ciência poderá favorecer a melhora da qualidade de vida do indivíduo portador de L.M. e contribuir para com a sociedade, que sofre impacto negativo na esfera social e econômica.²

Nesta pesquisa buscou-se compreender a repercussão da deficiência sobre a identidade do sujeito e sobre a maneira como este sujeito é percebido a partir da lesão.

O enfoque do trabalho se deu sobre a parcela quantitativamente mais representativa destes portadores, composta por indivíduos jovens e com uma lesão de origem traumática.

A pesquisa seguiu abordagem qualitativa exploratória a respeito da identidade do paciente com L.M. Inicialmente foi feita uma pesquisa bibliográfica de publicações literárias científica, vinculadas à temática da L.M. O material foi analisado e discutido com fundamentação na concepção de identidade do autor Ciampa,³ que segue a abordagem da psicologia social e permite uma reflexão a respeito deste indivíduo em relação com seu meio social, valores, regras, preconceitos e costumes vigentes.

Identidade

Ciampa³ apresenta uma perspectiva dialética no processo de construção da identidade. Neste processo há uma relação de interferência e influência entre todas as identificações que o indivíduo estabelece com o meio e existem interações de fatores (sociais, econômicos, históricos, políticos e ideológicos) que provocam as movimentações e modificações contínuas.⁴

De acordo com este autor as palavras do outro são decisivas no processo de constituição da identidade. O indivíduo interioriza as atribuições endereçadas a ele de tal forma que pode se tornar de fato algo que passa a reconhecer como seu. Inicialmente esta relação é transparente e objetiva, mas com o tempo torna-se mais velada e indireta. Através da atividade social o indivíduo recebe um papel e torna-se alguém com um significado simbólico socialmente compartilhado.

O indivíduo é identificado de acordo com aquilo que ele faz, da atividade que realiza. Entretanto, com o decorrer do tempo, passará a ser identificado por um substantivo relativo a esta atividade original. Ocorre então uma “coisificação” do sujeito, distanciando-o da ação que originou a atribuição desta nomeação. O indivíduo com L.M. pode ser um exemplo disto, pois antes de conhecê-lo de fato e saber características suas, muitos podem pressupor sobre aquilo

que ele é ou não, capaz de fazer e produzir, partindo unicamente da informação de que ele tem uma L.M.

Não é possível ignorar as “determinações exteriores”, entretanto o indivíduo necessita realizar um esforço contínuo de autodeterminação, ou seja, mostrar-se sempre ativo na busca de tornar-se um ser-para-si. A autodeterminação é capaz de possibilitar a superação do movimento aprisionador, de reposição de um mesmo papel, ou personagem, imposto pela sociedade e apropriado pelo sujeito.

A esta possibilidade de transformação permanente Ciampa³ dá o nome de metamorfose. Neste conceito a identidade do ser humano se constrói ao longo de um processo contínuo, em que múltiplas personagens coexistem, se alternam e se sucedem.

Para o nascimento destes personagens cabe ao indivíduo aprender a ser outro para poder tornar-se de fato este outro. É preciso pensar, sentir e acreditar, ingressando assim no mundo do personagem, introduzindo algo pessoal e individualizado a este papel.

A metamorfose pode assumir os sentidos da mesmice, ou seja, da reposição da identidade pressuposta ou pode também significar mesmidade, quando o indivíduo é capaz de superar a identidade pressuposta através da autodeterminação e emancipação de valores estigmatizados.

O processo emancipatório não é algo que aconteça de forma espontânea e freqüente, pois representa uma luta constante por condições mais autênticas, demandando muito esforço, determinação por parte do indivíduo e um desejo por algo diferente do que está sendo vivenciado na atualidade.⁵

A metamorfose pode se apresentar como não-metamorfose. Neste caso o indivíduo apenas reproduz imposições e atribuições do meio social assumindo uma identidade mito3 que oculta uma série de características, adjetivos e atividades que também fazem parte dele. Mesmo na não-metamorfose ocorre uma transformação da identidade, pois há um esforço ativo no movimento de reposição.

O indivíduo que apresenta a identidade mito depara-se com a mesmice (não se torna outro) e com a má infinidade (não supera as contradições). Nesta situação o indivíduo depara-se com o que Goffman⁶ chama de estigma. O indivíduo é julgado como inabilitado para aceitação social plena e a atenção é totalmente voltada para as características “impuras”, indesejadas e inadequadas, segundo as normas e regras sociais.

Para que ocorra a mesmidade o indivíduo deverá encontrar caminhos diferentes para expressar-se no meio de forma mais autêntica e emancipada, agindo não só sobre sua própria vida, como na transformação da sociedade também.

A partir do estudo das concepções de Ciampa³ é possível abordar as questões afetivo-emocionais presentes no universo deste sujeito com L.M.

Aspectos Afetivo-Emocionais do paciente com Lesão Medular

Macedo et al⁷ afirma que “A lesão medular constitui-se numa perda da integridade física, promovendo a mudança da imagem corporal e a desestruturação psíquica”.

O processo de elaboração e transformação a partir da experiência da L.M., o sentido que o indivíduo atribui a esta experiência e as reações que manifestará dependem de fatores internos e externos

como o nível sócio-econômico, a disponibilidade ou não de recursos e a cultura na qual se está inserido.⁸ Sujeitos que tem um nível sócio-econômico baixo, não tem muitos recursos disponíveis (como por exemplo, transporte) e que estão inseridos em uma cultura voltada para a produção, costumam estar mais propensos a perceberem-se como cidadãos incapazes e improdutivos, apresentando dificuldade em acessar questões de ordem subjetiva e afetiva.

Os fatores internos de influência dizem respeito à estruturação psíquica, a padrões de comportamento prévios à lesão, a características e traços pessoais necessários para o enfrentamento da L.M.

Apesar de não ser possível traçar um perfil psicológico da pessoa portadora de deficiência adquirida por L.M., estudos, como o de Macedo et al,⁷ mostram características expressivas desta população, como: dificuldade em perceber mudanças corporais, busca pela recuperação do que fora perdido e aspectos sociais e profissionais pouco desenvolvidos; Além de reações psicológicas, como: agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo e desesperança. Scherb⁸ refere haver também a dificuldade em reconhecer e expressar necessidades emocionais mais profundas.

Lianza & Sposito⁹ apontam a deambulação como “a primeira perda notada pelo paciente após a lesão e a sua primeira questão ao médico”. Em trechos dos relatos autobiográficos dos escritores Peci¹⁰ e Paiva¹¹ portadores de L.M., estão presentes esta preocupação em relação à incapacidade de andar e a paralisação dos movimentos físicos é, muitas vezes, encarada como impossibilitadora de um transitar no mundo, com autonomia e liberdade.

O trabalho de Silva¹² contribui para a compreensão desta representação psíquica das ações motoras (andar, correr, movimentar-se, comer, urinar e fazer sexo, por exemplo) na medida em que apresenta o corpo humano sendo a representação de um organismo integrado pela funcionalidade e capacidade de gerar prazer e gratificação. A L.M. pode gerar comprometimento severo da função motora, com mudanças de potencial funcional e grau de independência. Desta forma, a dificuldade ou incapacidade para a realização de movimentos físicos poderá ser percebida de forma muito negativa, caso o sujeito apresente dificuldade em perceber outras capacidades, potenciais e alternativas através das quais possa obter satisfação de suas necessidades e anseios.

Segundo Silva¹² a comparação que o indivíduo faz de sua situação antes e depois da aquisição da deficiência é inevitável. Geralmente há uma percepção por parte destes sujeitos de que as mudanças irão necessariamente implicar em déficit e subtração de recursos corporais.

Para este autor as representações do próprio indivíduo em relação a sua deficiência estão relacionadas com o sentido atribuído, por ele e por seu meio social, à deficiência, previamente a sua condição atual.

A sociedade costuma relacionar a deficiência à questão da morte. Habitualmente o sujeito é visto como alguém que deveria estar morto, mas sobreviveu marcado.¹² Segundo Puhlmann¹³ deficientes físicos são vistos como: Super-heróis, frios, hipersexualizados, dependentes, frágeis, impotentes, incapazes, inadequados e desinteressados.

Silva¹² também apresenta importante contribuição ao relacionar

a aceitação de recursos instrumentais utilizados na reabilitação à percepção e elaboração da deficiência. Segundo este autor dificilmente haverá a incorporação da cadeira na representação que o indivíduo faz de si, já que este instrumento evidencia a deficiência e contraria o conceito anteriormente estabelecido de andar através das próprias pernas. Entretanto, a percepção do sujeito poderá torna-se positiva quando o instrumento for utilizado para sustentar a imagem com a qual o sujeito se identifica (Ex: quando as cadeiras de roda permitem o acesso de desportistas a atividades físicas).

Ao longo da reabilitação do sujeito é possível identificar muitas destas repercussões emocionais da L.M. e também as transformações e mudanças que podem estar presentes neste processo.

Lesão Medular e Reabilitação

Segundo Alves¹⁴ a reabilitação é um processo de duração limitado, realizado através da atuação de uma equipe multiprofissional, que praticam um conjunto de ações de atenção à saúde. Tais ações visam um grau ótimo de desenvolvimento físico, mental funcional e/ou social, permitindo ao indivíduo alcançar metas estabelecidas.

Enquanto uma especialidade, a reabilitação surgiu através de ações do sistema do bem-estar social (Seguro Social, Assistência Pública e Promoção Social) e em atividades realizadas por entidades governamentais após Guerras Mundiais.¹⁴

As repercussões da L.M. geram demandas por parte dos pacientes desde o início de sua reabilitação. Para Lianza & Sposito⁹ a forma como o profissional trabalha e administra as indagações do paciente sobre o seu estado é valiosa ao processo de reabilitação. Alves¹⁴ salienta a importância da relação médico-paciente, da comunicação e da escuta terapêutica neste processo.

Integrando a equipe de profissionais, o psicólogo deverá acompanhar e colaborar com o processo de elaboração do paciente. O processo de elaboração, segundo Mendonça¹⁵ é composto por fase de choque, negação, reconhecimento e adaptação. Tais fases não se apresentam tão claramente distintas e cada paciente irá vivenciá-las de acordo com seus recursos psíquicos.

Muitos pacientes iniciam a reabilitação com muitas dúvidas, expectativas inadequadas, ficam restritos ao lar, se queixam com frequência da situação de dependência e desejam que ocorra uma volta a sua condição anterior. Neste momento, dificilmente irão criar estratégias e planos para lidar com seus conflitos.

A medida em que os pacientes passam a tornar-se mais conscientes de sua condição, poderão experimentar diferentes graduações de angústia, tristeza, medo e ansiedade. Caberá ao psicólogo estar atento à estrutura de personalidade e a forma de reação de cada indivíduo, pois assim toda a equipe poderá lançar mão de atitudes que respeitem as limitações,

valorizem o potencial do indivíduo, favorecendo sua participação na reabilitação.

Após alguns meses de reabilitação, e em especial após o processo psicoterápico, já é possível perceber mudanças, os pacientes costumam estar mais fortalecidos emocionalmente, utilizam defesas egóicas mais adequadas, percebem com maior clareza seus limites e adotam expectativas mais adequadas a realidade. Neste momento, já são capazes de criar estratégias de enfrentamento e de traçar planos realistas.

A elaboração possibilita ao indivíduo a re-significação de sua existência e faz com que perceba possibilidades, faça escolhas, trace metas e crie assim o seu próprio futuro.

Ao iniciar um tratamento de reabilitação o paciente deve ser submetido a uma avaliação inicial. O psicodiagnóstico permite a compreensão dos aspectos estruturais e dinâmicos da personalidade, dos recursos, limitações e do grau de elaboração do indivíduo. A avaliação possibilita o estabelecimento da conduta de trabalho.

O paciente poderá ser acompanhado individualmente ou em grupo. No primeiro caso são trabalhados aspectos emergentes, visando reestruturação emocional. Já no segundo, técnicas mais direcionadas e troca de experiências entre membros do grupo funcionam como agentes facilitadoras do processo de reabilitação.

Também é possível realizar acompanhamento e orientação familiar, individualmente ou em grupo. O trabalho com a família é de extrema importância à reabilitação, pois quando seus membros são orientados e esclarecidos podem apresentar expectativas mais adequadas e contribuir para a resolução de conflitos.

A orientação sexual é importante no processo de reabilitação, pois a limitação sexual, segundo Puhmann,¹³ costuma ser uma das mais frustrantes na medida em que envolve imagens, conceitos e valores estruturados antes da L.M.

O indivíduo que sofre a L.M., muitas vezes, passa por uma ruptura de sua identidade ocupacional. A orientação profissional poderá favorecer a retomada profissional, quando esta se mostra possível.

Reuniões e consultas a membros da equipe, treinamento e desenvolvimento de equipes de trabalho e planos de pesquisa e implementação também são atribuições do psicólogo.¹⁵

A reabilitação enquanto processo construtivo de adaptação ao longo da vida, deve ser encarado como único, pessoal, dinâmico e em relação com o meio social. Para que ocorra de fato a reabilitação e a inclusão social, deve haver um movimento bilateral, ou seja, a sociedade deve assumir responsabilidades, aceitar e valorizar as diferenças e o cidadão portador de deficiência, por sua vez, deve se preparar para assumir papéis sociais.¹⁶

CONCLUSÃO

As seqüelas de uma L.M. são inúmeras, em diferentes graduações e de fato não repercutem apenas em um âmbito físico, mas também em um âmbito emocional, ocupacional, social, relacional, valorativo e de auto-percepção. Autores como Macedo et al¹⁷ e Scherb⁸ referem em seus trabalhos a marca que a L.M. pode gerar na identidade do sujeito, na forma como ele se percebe e como se apresenta ao mundo no qual está inserido.

Apesar de não ser possível traçar um perfil, autores apontam manifestações e comportamentos comuns entre indivíduos portadores de L.M., como agressividade, insegurança, raiva, medo, esperança, desespero, impulsividade, ambivalência, ansiedade, sentimento de inferioridade. O isolamento social, dificuldade em reconhecer e expressar emoções e em dar continuidade a um processo de busca por maior autonomia enquanto indivíduos e cidadãos.

Há relatos de pacientes, que referem significativa preocupação com a deambulação, apontando este ato físico como condição para voltar a exercer sua autonomia e sua participação no meio social.

Silva¹² atribui esta relação ao fato do corpo ser a representação de um organismo funcional e capaz de gerar gratificação e prazer. As diversas dificuldades motoras, não só a dificuldade de marcha, representariam uma dificuldade para o indivíduo perceber-se autônomo, produtivo e capaz de gerar gratificações e prazer para si e para os outros a sua volta.

A representação social e pessoal da deficiência pode servir como uma espécie de lente pela qual o indivíduo é visto e pela qual ele próprio enxerga seu mundo. Estas percepções, muitas vezes, são repletas de estereótipias e preconceitos, de ambas as partes, pois o indivíduo é um ser social e também participa da construção e manutenção das concepções, status e valores da sociedade. Ciampa³ discute a relação dialética entre indivíduo e meio, atribuindo aos dois a responsabilidade pela construção da identidade deste sujeito e da sociedade.

A sociedade constrói uma compreensão do que é uma pessoa com L.M. e endereça ao sujeito um estigma, com idéias predeterminadas sobre suas capacidades e recursos. Caberá a este sujeito identificar-se com esta identidade mito³ que lhe é atribuída, num esforço contínuo de reposição da mesma e dos valores e atribuições sociais previamente estabelecidos.

Como referiu Mendonça¹⁵ as reações regressivas e pouco adaptativas podem ser experimentadas já no início do processo de reabilitação. O sujeito costuma mostrar-se desorientado e sem iniciativa para atitudes mais autônomas e coerentes com sua real condição. Entretanto, ao longo do processo de reabilitação é possível que o indivíduo realize um movimento de elaboração e de transformação de sua situação semelhante ao processo de metamorfose da identidade descrito por Ciampa.³

Existem fatores internos e externos que irão influenciar este processo de metamorfose. Os fatores externos dizem respeito a aspectos mais amplos como sociedade, história, ideologia, cultura e economia e a aspectos mais restritos a condição social do sujeito como, por exemplo, seu nível socioeconômico e os recursos disponíveis na comunidade.

É importante que o indivíduo e seu meio estabeleçam um bom contato de trocas e ajuda mútua. O indivíduo frequentemente irá se deparar com algumas limitações e a realização de muitas atividades passará então a requerer o auxílio ou a supervisão do outro. Entretanto, o equilíbrio entre dependência e autonomia é muito tênue e se confunde com frequência nas relações sociais. É fundamental que familiares e amigos possam participar do processo de reabilitação, contribuindo para a adaptação e desenvolvimento do sujeito.

Os fatores internos influenciadores do processo de metamorfose dizem respeito à estrutura psíquica e aos padrões de comportamento prévios do sujeito. É importante que mobilize conquistas e recursos utilizados em situações anteriores de crise para que não se perceba somente como um portador de L.M., mas sim como alguém com uma série de outras características e atribuições.

Segundo Ciampa³ a identidade de um indivíduo é composta não apenas por um personagem, mas sim por múltiplos personagens que coexistem, se alternam e se substituem. A L.M. é apenas uma esfera do sujeito e este deve ser capaz de reconhecer sua riqueza e pluralidade, para mostrá-la ao outro. O esforço de auto-determinação é ativo e contínuo, ou seja, caberá ao indivíduo tornar-se um

ser-para-si. O trabalho de reflexão e ação deverá ser estimulado e acompanhado pelo psicólogo ao longo da reabilitação.

A metamorfose implica na vivência de nascimento e morte de muitos personagens. Sendo assim, a L.M. pode implicar a perda de personagens que compunham a identidade do sujeito antes da L.M. Este é um luto com o qual o sujeito poderá se deparar aos poucos, num processo paulatino de conscientização do que se foi e do que se apresenta nesta nova situação.

Ao psicólogo caberá oferecer suporte e continência durante este período. O processo de construção da identidade irá se estender por toda a vida através do esforço contínuo do indivíduo em vivenciar ativamente papéis sociais, aprendendo a ser outro para tornar-se então outro. Desta forma, romper o isolamento social é fundamental para experimentar e compor diferentes papéis, utilizando características e adjetivos pessoais.

Através da interação social o indivíduo poderá descobrir novas formas de se locomover e caminhar na sociedade, reconhecendo as dificuldades de deambulação, movimentação dos membros ou controle dos esfíncteres como não impeditivas de ação social autônoma e ativa.

O sujeito é produto e também produtor de uma sociedade e através do movimento de metamorfose individual o sujeito poderá romper com a mesmice emancipando-se dos pressupostos sociais e assim, manter-se ativo e atuante na sociedade, gerando mudanças e contribuindo para a inclusão social da pessoa com deficiência.³

A emancipação do sujeito com lesão medular pode gerar ganhos inestimáveis ao indivíduo, uma vez que possibilita a este reconhecer seus potenciais para posteriormente participar de forma ativa e auto determinada na sociedade. Além disto, propicia a transformação da própria sociedade, na medida em que possibilita a oportunidade de enxergar realmente a pessoa com lesão medular de acordo com suas limitações, seus valores e potenciais. Abre-se assim um espaço importante à nossa sociedade. O espaço à diversidade humana.

REFERÊNCIAS

1. Casalis MEP. Lesão medular. In: Teixeira E. Terapia ocupacional na reabilitação física. São Paulo: Roca; 2003. p. 41-61.
2. Salimene ACM. Paraplegia por lesão medular traumática em homens e sexualidade: um estudo socioeconômico. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1992.
3. Ciampa AC. A estória do Severino e a história da Severina. São Paulo: Brasiliense; 1986.
4. Gadotti M. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 12 ed. São Paulo: Cortez; 2001.
5. Pacheco KM. O processo de metamorfose da identidade do paciente amputado. [Dissertação]. São Paulo: Universidade São Marcos. 2005.
6. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.
7. Scherb EMUK. Deficiência física adquirida por lesão medular traumática: estudo da auto-imagem. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1998.
8. Macedo SP, Chiatton HB, Lianza S, Vieira MSR. Avaliação dos aspectos psicológicos de pacientes portadores de lesão medular. *Med Reabil.* 1995; 40:11-5.
9. Lianza S, Sposito MMM. Reabilitação: a locomoção em pacientes com lesão medular. São Paulo: Sarvier; 1994.
10. Pecci JC. Minha profissão é andar. São Paulo: Summus; 1980.
11. Paiva MR. Feliz ano velho. São Paulo: Brasiliense; 1982.
12. Silva LCA. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2004.
13. Puhlmann F. A revolução sexual sobre rodas: conquistando o afeto e a autonomia. São Paulo: O Nome da Rosa; 2000.
14. Alves VLR. O significado do discurso de risco na área de reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2001; 8(2):67-70.
15. Mendonça M. Aspectos psicológicos. In: Greve JMD, Casalis MEP, Barros Filho TEP. Diagnóstico e tratamento da lesão medular espinhal. São Paulo: Rocca; 2001. p. 167-78.
16. Delisa JA. Medicina de reabilitação. São Paulo: Manole; 1992.