Aspectos simbólicos da amputação de membros inferiores: uma leitura da Psicologia Analítica

Symbolic aspects of lower limb amputation: a reading of analytical psychology

Amanda Santos de Souza

Daniela Rodrigues Goulart Gomes

**Resumo**

A amputação de membros inferiores possui elevada incidência no âmbito da saúde e implica múltiplas repercussões na vida das pessoas acometidas. O objetivo deste estudo consistiu em compreender os aspectos simbólicos desta condição a partir da identificação dos principais complexos associados e do entendimento das suas repercussões para além do aspecto físico-literal. Trata-se de uma investigação qualitativa e exploratória, realizada com pessoas em situação de pós-operatório no Hospital Geral de Vitória da Conquista, Bahia. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e análise documental de prontuários e submetidos à análise de conteúdo por meio do enfoque teórico da Psicologia Analítica. Os resultados mostraram que a amputação é encarada como uma perda, associando-se à ativação dos complexos da vida e da morte, do inválido, do guerreiro e do criador ferido. Concluiu-se que seu processamento simbólico como modo de relacionar-se consigo e com o mundo é dinâmico e individualizado, podendo a assistência psicológica atuar na simbolização da experiência e integração do Self ainda no período de internamento hospitalar.

**Palavras-chave:** amputação; psicologia analítica; simbolização; psicologia hospitalar.

**Abstract:** Amputation of lower limbs has a high incidence in the health field and implies multiple repercussions in the lives of the affected people. The aim of this study was to understand the symbolic aspects of this condition from the identification of the main associated complexes and the understanding of their repercussions beyond the physical-literal aspect. This is a qualitative and exploratory investigation, carried out with people in a post-operative situation at the Hospital Geral de Vitória da Conquista, Bahia. The data were collected through semi-structured interviews and documentary analysis of medical records and submitted to content analysis through the theoretical focus of Analytical Psychology. The results showed that the amputation is seen as a loss, associated with the activation of the complexes of life and death, the invalid, the warrior and the injured creator. It was concluded that its symbolic processing as a way of relating to oneself and the world is dynamic and individualized, and psychological assistance can act in symbolization the experience and integration of the Self even in the hospitalization period.

**Keywords:** amputation; analytical psychology; symbolization; hospital psychology.

**INTRODUÇÃO**

A amputação consiste na retirada total ou parcial de um órgão situado numa extremidade, sendo apontada como a cirurgia mais antiga já realizada. Os primeiros relatos cirúrgicos demonstravam precariedade e alta taxa de letalidade do procedimento, cujo aperfeiçoamento se deu pela implementação de novas técnicas no século XVI por Ambroise Paré, cirurgião militar atuante em campos de batalha (Garlippe, 2014; Rezende, 2009). As principais causas de amputação são necrose tecidual derivada de doença vascular, más-formações congênitas, infecções, tumores e traumas. As complicações do diabetes e doença vascular periférica são as mais significativas, com cerca de 75% dos casos (Garlippe, 2014). As cirurgias geralmente são reconstrutivas, e seu planejamento é direcionado à transformação do coto em membro útil para reabilitação posterior (Luccia, 2003; Luccia, Gof & Guimarães, 1996).

Um estudo epidemiológico envolvendo centros da Europa, América do Norte e Leste da Ásia estimou a incidência de amputação em 2,8 a 43,9 por 100.000 habitantes na Europa e Ásia, respectivamente (Unwin, 2000). Investigação contemplando publicações de 1989 a 2010 detectou acometimentos de 5,8 a 31 casos por 100.000 habitantes na população geral, e 46,1 a 9600 na população diabética (Moxey et. al, 2011). Outro estudo estimou para o Rio de Janeiro uma taxa correspondente a 13,9 por 100.000 habitantes e 180,6 para pessoas diabéticas (Spichler et. al, 2001). Na realidade baiana, dados do Ministério da Saúde apontam a realização de 1850 procedimentos em 2017, e 1440 no período de janeiro a agosto de 2018. Na medida em que correspondem a 85% do total, as amputações em membros inferiores refletem no âmbito socioeconômico ao demarcarem restrições na capacidade laboral e socialização, além de provocarem complicações à saúde que comprometem diversas esferas da vida (Caromano, Castelucci, Lebre, Takahashi & Tanaka, 1992).

Uma vez que requer adaptação sensorial e motora muitas vezes inesperada e abrupta, que demanda ajuste psicológico e social, a causa da amputação e as características do sujeito acometido podem funcionar como mediadores em potencial do processo adaptativo (Fitzpatrick, 1999; Horgan & Maclachlan, 2004; Rybarcyk, Nicholas & Nyenhuis, 1997). Alguns fatores psicológicos podem auxiliar o processo de enfrentamento, dentre eles a valoração de qualidades não físicas ao senso identitário, humor, suporte social, características de personalidade (Rybarcyk, Nicholas & Nyenhuis, 1997), validação de aspectos benéficos da amputação, redefinição de eventos e reavaliação da vida, além do entendimento de que a cirurgia representa a superação de adversidades prévias (Dunn, 1997).

Ao implicar uma perda literal cujos efeitos perpassam dimensões funcionais, sociais e subjetivas, a amputação atualiza perdas anteriores e convoca o enlutamento frente ao corpo "perdido" a ser reintegrado (Gabarra & Crepaldi, 2009; Seren & De Tilio, 2014). Em vista da modificação corporal, observa-se a realocação de um conjunto de significados atribuídos ao corpo que, enquanto representante literal do ego, presentifica a sensação de estar vivo e permeia a relação do sujeito com o mundo externo (Keleman, 2001). Assim, a perda do membro é percebida como morte em vida a partir da ruptura concreta de si, do projeto de vida e do modo de funcionamento anterior, anunciando o rompimento decisivo de aspectos estruturantes do ego, alterações da persona, contato com elementos sombrios e constelação de complexos (Rodrigues, 2009).

Definidos como um conjunto de representações, ideias, imagens e vivências de mesmo teor afetivo, os complexos afetam diretamente o comportamento do sujeito, principalmente quando em situações mobilizadoras e/ou que requerem ajustamento (Hall & Norby, 1992), como ocorre em casos de amputação. Do ponto de vista do ego, quatro manifestações comportamentais são possíveis: completa inconsciência do complexo, identificação, projeção e confrontação, a qual viabiliza a resolução do mesmo através do processamento emocional dos conflitos e associações responsáveis pela sua formação (Jacobi, 2016). Na medida em que agem de forma autônoma quando constelados, os complexos atuam frente ao processo de reconstituição egoica e balizam o funcionamento simbólico do sujeito (Hall & Norby, 1992).

 Considerando que os sintomas orgânicos e a própria doença são concebidos como manifestação simbólica que emerge simultaneamente no corpo e na psique e que anuncia desregulações no eixo ego-self, o símbolo exprime, pela via do corpo, conteúdos inconscientes a serem integrados visando amplitude psíquica (Ramos, 1994). Destarte, as repercussões simbólicas esboçam elucidações analógicas de aspectos pertencentes ao domínio do desconhecido e/ou que escapam do controle consciente, de modo que funcionam como veículo de acesso àqueles conteúdos subjacentes ao dinamismo psíquico (Jung, 1999). No caso da amputação, esse sentido se expressa de modo carnal, concreto, imprimindo um registro explícito da vivência subjetiva seja através das marcas deixadas pela perda/ausência do membro, seja por definir a maneira pela qual a deficiência foi adquirida (Rodrigues, 2009).

Por não fazer parte da realidade psíquica do sujeito, essa deficiência é encarada como um evento extra-ego para o qual não se tem repertório anterior, o que resulta em conflitos identitários potencializados pelo deslocamento do lugar social outrora ocupado (Rodrigues, 2009). Neste processo, as características desenvolvidas ao longo da história de vida se contrapõem àquelas impostas pela perda do membro, o que refuta o senso identitário e centraliza a noção de Eu sobre o aspecto da deficiência (Fernandes & Denari, 2017). Sendo esta historicamente associada a alguma desvantagem e/ou limitação (Fernandes, Denari, 2017), é comum emergir sensação de isolamento, sentimento de menos valia, inserção do sujeito num arsenal de questionamentos sobre seus papeis e funções sociais (Rybarczyk, Nicholas & Nyenhuis, 1997), além de introjeção de aspectos sombrios em paralelo ao desenvolvimento deficitário da persona (Rodrigues, 2009). Assim, o senso de totalidade do Self é restringido em razão dos aspectos físicos e literais em evidência no corpo e nas repercussões socioculturais.

Na incumbência de favorecer a construção de elementos que propiciem uma assistência à saúde que ultrapasse a dimensão concreta da perda e viabilize o alcance e resgate do sujeito em sua totalidade, o objetivo deste estudo consistiu em compreender os aspectos simbólicos da amputação de membros inferiores a partir da identificação dos principais complexos associados e do entendimento das suas repercussões para além do aspecto físico-literal. A julgar a elevada incidência de amputação de membros e seus múltiplos enredamentos, compreender a dinâmica simbólica possibilita conceber o sujeito de forma integrada, o que assenta a relevância do estudo no âmbito da Psicologia hospitalar e da saúde.

**MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa de delineamento qualitativo e exploratório, resultado do trabalho de conclusão de curso da especialização em residência multiprofissional em urgência da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A amostra foi composta por saturação teórica, tendo como colaboradores quatro sujeitos maiores de 18 anos em situação de pós-operatório de amputação de membros inferiores. O contexto do estudo foram as clínicas médica e cirúrgica do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), Bahia. Para a coleta de dados, foram utilizadas as seguintes técnicas: análise de prontuário para caracterização sociodemográfica e entrevista semi-estruturada, construída previamente de acordo com os objetivos do estudo. Sua realização ocorreu à beira leito, com gravação em áudio conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Salienta-se o comprometimento da pesquisadora frente ao resguardo do sigilo profissional e privacidade dos colaboradores, bem como a promoção de assistência psicológica posterior quando identificada necessidade.

Os procedimentos empregados incluíram: submissão e aprovação do projeto às instâncias reguladoras (Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UFBA e Núcleo de Ensino e Pesquisa do HGVC); delimitação da unidade-caso e inserção no campo da pesquisa, onde a pesquisadora procurou colaboradores em potencial por busca ativa e/ou acolhimento dos casos encaminhados ao Serviço de Psicologia do hospital; Coleta de dados, realizada após celebração de TCLE; transcrição e compilação dos dados obtidos; análise, fundamentação e discussão teórica dos dados. Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (1977). Sob critério de classificação semântica, foram construídas categorias temáticas, as quais fundamentadas e discutidas na perspectiva teórica da Psicologia Analítica.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Houve predominância do sexo masculino entre os colaboradores (75%), para os quais a média de idade correspondeu a 47 anos. O não exercício de atividades ocupacionais foi consensual, sendo 75% encostados ou aposentados em razão da condição de saúde. Em todos os casos houve histórico de múltiplas internações hospitalares, com no mínimo três e no máximo cinco internações ao longo do último ano. Com relação ao motivo do internamento atual, predominaram queixas álgicas e/ou lesão necrótica em membro inferior. Todos os colaboradores apresentaram diabetes mellitus como doença de base e 75% alguma doença cardiovascular. No que cerne ao nível de amputação, apenas um colaborador realizou amputação menor (nível de pododáctilo), enquanto que 50% realizaram múltiplas amputações do tipo infra ou suprapatelar. A tabela 1 ilustra a caracterização da amostra deste estudo:

**Tabela 1.** Caracterização da amostra



A predominância do sexo masculino é um achado corroborado pela literatura brasileira e estrangeira (Cassefo, Nacaratto & Chamlian, 2003; Unwin, 2000; Garlippe, 2014), bem como a predominância de casados e pessoas entre 44 anos de idade (Garlippe, 2014). Sobre a dinâmica laboral, houve paralelo entre os dados encontrados e aqueles apontados por Dornelas (2010), cuja pesquisa concluiu que o índice de retorno ao trabalho entre a população amputada é baixo, sendo comum a aposentadoria por invalidez.

Em relação às doenças de base, os dados também condizem com a literatura. As doenças vasculares contribuem com mais de 75% das causas de amputação (Cassefo, Nacaratto & Chamlian, 2003; Unwin, 2000), sendo sua incidência oito vezes maior em pessoas diabéticas (Johannesson et al., 2009). Outros estudos demonstram a predominância de amputações nessa população (Moxey et. al, 2011; Spichler et. al, 2001). Garlippe (2014) aponta a presença de feridas infectadas anteriores em 57,8% das amputações de causa vascular, achado reiterado neste estudo visto que 100% da amostra possuiu alguma lesão como motivo de internamento. Por fim, há concordância entre os dados encontrados e uma pesquisa que apontou índice de 55,7% de amputações suprapatelares e 42,3% infrapatelares (Dornelas, 2010).

A seguir, serão apresentadas as três categorias que emergiram através da análise de conteúdo que reiteram a totalidade dos sentidos mais evocativos concedidos nas entrevistas: 1. Repercussões da notícia de amputação; 2. Aspectos emocionais e percepções frente ao pós-operatório; e 3. Construções simbólicas da amputação.

**Repercussões da notícia de amputação**

Quando convidados a falar sobre suas impressões acerca da comunicação da necessidade cirúrgica, 75% dos colaboradores retomaram seu histórico de saúde-doença. A dificuldade inicial de entrar em contato com aspectos subjetivos em detrimento dos literais é um aspecto encontrado na literatura. Oliveira (2004) discorre sobre a atitude de pessoas em situação de deficiência adquirida, as quais absorvidas pela condição apresentada e pelo ímpeto de se manterem vivas, tendem a manter seu discurso concreto, de foco no aqui e agora.

Todos os colaboradores informaram terem sido comunicados sobre a necessidade de amputar, fator que gerou rompimento da expectativa inicial de submissão a outras terapias de caráter menos invasivo (tratamento medicamentoso, debridamento, cuidados gerais à ferida). Houve unanimidade acerca da percepção de não-gravidade do quadro, tendo sido comum o movimento de minimização e relativização do mesmo. Desse modo, reações de espanto, surpresa, consternação e incredulidade se fizeram presentes no momento da notícia, o que refletiu numa postura inicial baseada em negação e/ou ponderação frente a cirurgia.

É possível considerar que a expectativa de possuir uma condição clínica mais simples esteja associada ao movimento de autopreservação e negação frente à iminência cirúrgica, já que esta é percebida como inesperada e traumática (Oliveira, 2000), marcada por ambivalência. Em seu estudo sobre a vivência da amputação, Loureiro, Damasceno, Silva & Carvalho (2002) citam Stearns (1991), Pincus (1989) e Viorst (1988) para esclarecer que as reações de choque e descrença se configuram como manifestações iniciais nos processos de perda, atuando como imobilizadores psíquicos frente à dificuldade de assimilar e compreender a realidade.

Constatou-se que a notícia cirúrgica apareceu como elemento representativo da morte. Predominou a designação de dificuldade em termos de aceitação da mesma, a qual caracterizada por mobilização psíquica, perspectiva futura negativista e antecipação de limitações:

*“Foi o mesmo que me matar. Não é fácil não. Pessoa acostumada a caminhar, andar para todo canto, aí não aguentar andar, ter que cortar a perna né...” (C1)*

*“Pra mim foi como se eu tivesse perdido o chão, o chão desabou pra mim” (C2).*

Ao considerar que a perda de uma parte do corpo implica em alterações no modo de existir (Chini & Boemer, 2007), observou-se que a notícia de amputação ativou o complexo da vida e da morte. Neste processo, a polaridade da morte emerge potencializada em razão da mobilização dos afetos associados ao finamento, destrutividade, sacrifício e perda (Byington, 2019), estes figurados à amputação como condição imprescindível para o seguimento da vida. Contudo, entende-se que a fixação nesta polaridade prejudica a elaboração simbólica da experiência, tornando importante promover interação adequada entre ambos os polos arquetípicos (Byington, 2019).

No que concerne ao processo decisório, chamou atenção a necessidade de tempo para assimilação como fator relevante à inclinação favorável em detrimento da obrigatoriedade e impossibilidade de escolha. Apesar da negação/ponderação inicial, 75% dos colaboradores atribuíram importância aos esclarecimentos por parte da equipe, às manifestações de afetividade e palavras de incentivo/fortalecimento como elementos positivos e facilitadores da decisão cirúrgica:

*“A enfermeira falou: cê tem o prazo até amanhã nove horas da manhã pa ocê pensar. Eu não ia amputar não mas aí a... a vizinha e... me deu o conselho pra mim amputar... aí eu decidi amputar” (C3).*

*“A primeira reação minha foi não querer amputar né, aí então como eu passei ter muito conhecimento do hospital e tudo... como eu peguei muito... muita amizade, [o médico] dava conselho e tal, aí eu cheguei à conclusão que, que eu tinha que amputar né, que era melhor pra mim. Aí eu amputei” (C2).*

Sendo a racionalização do processo cirúrgico insuficiente para que haja processamento subjetivo da experiência (Chini & Boemer, 2007), estes dados revelam que, para além do fornecimento de informações, o tempo para assimilação, o fortalecimento de vínculos, a comunicação assertiva e a afetividade atuam como importantes moduladores psíquicos a serem trabalhados no pré-operatório.

**Aspectos emocionais e percepções frente ao pós-operatório**

Emergiu de forma contundente o sentimento de despedaçamento, este marcado pela desfiguração do Eu a partir da visualização de si mesmo como alguém agora desmembrado e, portanto, incompleto. Ao mesmo tempo, a menção de ‘partes’ perdidas – retiradas – pareceu direcionar o olhar sobre outras ‘partes’ restantes, sendo estas literais (associadas ao corpo físico) e simbólicas (subjetivas, interpessoais):

*“Eu tô lutando aqui pra ver se eu fico com algum pedaço do pé...” (C4).*

*“Tirei os dedo, tirei o pé e em seguida, antes de seis meses, os dedos dos pé esquerdo...” (C2).*

 *“Eu fiquei triste mas (...) eu vi que o mundo não tinha acabado né, foi só um pedaço de perna, não foi a vida toda (...) eu tenho minhas três fia que gostam muito de mim, cuidam muito de mim” (C1).*

No que diz respeito à imagem dos membros inferiores, as correlações fizeram menção a sua funcionalidade estrutural e simbólica. Imbricados à constituição identitária do Eu, estes membros, com destaque para a figura da perna e dos pés, foram apontados como elementos básicos e fundamentais para a condição de ser e estar no mundo: sustentação, embasamento, alcance, independência, agilidade, velocidade, controle de si, equilíbrio, integridade. Como discutido por Oliveira (2000), ao amputar pés e pernas, perde-se de forma real e imaginária a possibilidade de viver os valores que lhes são atribuídos:

*“Perder o pé, num tem base, se ligou? Então você perde a base, você perde a estrutura, se ligou? Digamos a raiz, sua raiz é o pé (...) querendo ou não a gente é que nem uma planta né, se perde a base, o resto morre praticamente (...) cê não pode fazer muita coisa, né, então cê não tem muita agilidade, cê não tem muito controle, entendeu? Tudo cê tem que pensar antes pra fazer, senão você cai, mermo com a prótese” (C4).*

Dado que a perda física altera o significado conferido ao corpo, o processo de assimilação envolve variação da estrutura egoica na medida em que diferentes aspectos negados pela consciência emergem. Sombrios, tais aspectos contrariam o senso de adaptação à realidade mantido pela persona, de modo que a mutilação literal contém um correspondente simbólico manifestado pelo sentimento de despedaçamento e desfiguração de si mesmo (Rodrigues, 2009).

Para a maioria dos colaboradores, a perda de parte do corpo atualizou outras perdas, estas sintetizadas em quatro dimensões: corporal, relativas à autoimagem e representação psíquica do corpo; funcional, quando em razão da estrutura orgânica do membro; subjetiva, quando concernentes a identidade, projeto de vida e dinâmica interpessoal; e prática, associados à rotina e atividades cotidianas. Estes aspectos são discutidos por Oliveira (2000) como elementos centrais da vivência de luto em pessoas amputadas. O autor refere que as dificuldades de adaptação a nova condição são permeadas por múltiplas limitações, as quais tendem a favorecer a busca por recursos externos que possam facilitá-las (Oliveira, 2000).

Nesse seguimento, observou-se que as reações emocionais flutuaram ao longo do processo, considerando as características individuais, clínicas, o nível de amputação e a relação estabelecida com o adoecimento. Foi predominante a manifestação de sentimentos de tristeza intensa, incredulidade, desajustamento, horror, incapacidade, impotência, dependência e perda generalizada de autonomia. Houve maior intensidade destes sentimentos entre os colaboradores submetidos a amputações sucessivas:

*“Pra mim foi terrível (...) num tenho nem explicação pra você, pra mim é terrível, pra mim isso nem tá acontecendo comigo (...) se a gente botar na cabeça a gente enlouquece porque é terrível, num tem explicação” (C2).*

*“Ninguém sabe o que um amputado passa (...) esquecer que não tem um membro, é... as quedas que você toma ao longo desse percurso (...) o atraso né, de vida (...) é... inacreditável, não tem explicação, entendeu? Não molda, entendeu? Uma parada assim que não molda” (C4).*

A flutuação das reações emocionais ao longo do processo de amputação é um achado corroborado pela literatura. Uma revisão cobrindo o período de 2009 a 2014 apontou que a resistência frente a cirurgia foi categórica durante o pré-operatório, seguido de tristeza. No pós-operatório, o sentimento de insegurança foi predominante principalmente em relação as repercussões futuras, tendo sido mencionados ainda negação da realidade, tristeza e incompletude. Após a hospitalização, os sentimentos mais emergentes foram sofrimento pela perda de independência, isolamento, dependência, incapacidade e inutilidade (Bergo & Prebianchi, 2018).

Essas reações apontam a ativação do complexo do inválido, uma vez que o sujeito se depara com a impotência e o desarranjo ao ser atravessado pela polarização entre a integridade física e a deformidade, a primeira equacionada à saúde e a segunda, à invalidez. Destarte o culto a produtividade e o fazer-se capaz, a imagem arquetípica do inválido – representada pela deficiência adquirida – permanece sombria dificultando a integração dos limites e perdas como aspectos naturais da vida (Downing, 1993). No contexto da amputação, a imagem psíquica do inválido aparece de forma enfática, levando ao movimento de identificação do ego com este complexo.

Ressalta-se que o complexo do inválido fomenta o contato com a fragilidade, a própria finitude, a morte e o declínio natural da saúde, além de enfatizar a interdependência humana. Assim, sua ação contrabalanceia a inflação egoica e a relação persona-sombra, nutrindo a modéstia e o caráter humano das fraquezas, imperfeições e impossibilidades em detrimento da onipotência e imaculação do ego. (Downing, 1993). Para tanto, torna-se imprescindível ultrapassar a identificação e confrontar o complexo a partir de elaborações subjetivas que agreguem sentido à experiência. Na amputação, identificar o ‘inválido’ em si, sem fixar-se rigidamente a ele, permite a vivência da vulnerabilidade em seu aspecto potente, implicando acolher as limitações como parte e não o todo da experiência.

Com relação as percepções diante da concretização da cirurgia, observou-se que as mudanças e limitações antecipadas no pré-operatório foram acentuadas. Agora marcados por restrições, a vida e o corpo foram elencados pelos colaboradores como elementos a serem apropriados como parte de si. Chamou atenção a construção simbólica de renascimento associada a continuidade da vida, adaptação ao novo, superação de adversidades e sentimento de renovação:

*“Eu agora sou outra pessoa né, porque sarou esse pobrema aí (...) Nasci e vivi de novo... Isso que eu lhe digo, nasci e vivi de novo” (C1).*

De acordo com Jacobi (2016), todo renascimento é precedido pela morte, cuja expressão simbólica contempla o modo de existência anterior e a manifestação transformada a partir do novo. O autor pontua que o sofrimento do processo de morrer simboliza o sacrifício inerente à abertura ao novo, sendo o renascimento fundo simbólico do processo de transformação em vias da amplitude psíquica. No caso da amputação, o sacrifício inclui dores/desconfortos físicos e perda concreta de um membro e o renascimento emerge relacionado a nova condição de saúde.

Nessa perspectiva, foi possível observar que as percepções positivas associaram-se à concepção da cirurgia como possibilidade de resolução de um problema, identificação da melhora de sintomas anteriores e do controle efetivo de desconfortos físicos, especialmente com relação a dor. Além disso, notou-se que a mobilização emocional pode ser atenuada mediante a compreensão da funcionalidade e dos benefícios advindos da amputação, bem como pelo reforço social empregado pela equipe e pessoas de referência afetiva, dados estes postulados pela literatura (Rybarcyk, Nicholas & Nyenhuis, 1997; Dunn, 1997).

Notou-se que essa percepção contribuiu para o fortalecimento subjetivo dos colaboradores na medida em que reiterou o caráter acertado da decisão cirúrgica. Isto suscitou realocação ao lugar de agente ativo/responsável pela própria saúde, possibilitando a visualização de ações possíveis:

“*Agora eu posso andar pra onde eu quiser de muleta, de carro, num... nada mais vai me impedir né (...) sarou as perna, acabou o pobrema”(C1).*

 *“Eu tô me sentindo feliz que o médico que passou ontem falou bem assim ‘é... você fez bem em ter retirado esse dedo’ “(C3).*

Por fim, constatou-se que a figura de Deus apareceu associada ao sentimento de contentamento e conformidade, atuando como modulador emocional, possibilidade de ajustamento e fortalecimento interno para lidar com adversidades. Além disso, a religiosidade incumbiu sentido finalista à experiência da amputação, em termos de direcionar motivos existenciais a serem apreendidos.

A literatura tem mostrado a importância da religiosidade no processo de superação/enfrentamento de doenças (Faria & Seidl, 2005), visto que a assimilação de experiências adversas é favorecida a partir do sentido religioso que lhes são conferidos (Rodrigues, 2009). Ademais o sentido religioso, Jung (1988) discute a figura de Deus como personificação da totalidade psíquica – o Self –, o qual engendra a vida dos sujeitos para além do que é tolerável ao ego e a dimensão consciente. Nesse sentido, a imagem de Deus tem seu componente simbólico associado à completude psíquica a ser reintegrada. No caso da amputação, em que a fragmentação do Eu e do corpo se fazem presentes, a apropriação da figura de Deus a partir do sentido finalista e de totalidade se torna potente para o processo de simbolização.

**Construções simbólicas da amputação**

As construções simbólicas referentes à perda do membro e sua implicação nas diferentes esferas da vida variaram entre os colaboradores, o que revela individualização da experiência. No entanto, os dados apontaram que a própria amputação foi concebida como uma perda, no sentido de que perdeu-se uma série de ações e movimentos realizados anteriormente na tentativa de evitá-la. 75% dos colaboradores fizeram alusão entre o processo de amputação a uma batalha da qual saíram perdedores, trazendo autopercepção de força e fraqueza diante de sua atuação no processo enquanto guerreiros de uma batalha marcada por autosacrifício, dor, esforço e mutilação:

*“Sempre fui forte, já passei por poucas e boas, mas às vezes a fraqueza vem também né (...) digamos que sou... um guerreiro” (C4).*

*“A gente vai lutando até vencer né. (...) Dois anos nisso, nessa luta e só fazendo exame... fazendo exame... fazendo exame... No fim não deu certo” (C1).*

A imagem da guerra está arraigada à história da amputação. Via de regra, a guerra é comumente representada a nível social pela figura do paciente amputado, outrora guerreiro em campo de batalha. O aperfeiçoamento do processo cirúrgico (Rezende, 2009), da protetização e os estudos na área tiveram como foco inicial a condição apresentada por antigos soldados submetidos à amputação durante combates (Oliveira, 2000). Por consequência, a figura do guerreiro circundou o discurso, as manifestações afetivas e o fundo simbólico das expressões dos colaboradores deste estudo.

A ativação do complexo do guerreiro predominou em situações que exigiram suportar a dor dos procedimentos e/ou lidar com adversidades que fugiram das expectativas e do controle individual. Como pontua Moore & Gilletti (1993), estes elementos fazem parte do treinamento do guerreiro, que, diferente do herói, peregrina por suas batalhas através do reconhecimento e identificação de suas limitações e vive consciente da iminência da própria morte. O arquétipo do guerreiro define grande parte da história da humanidade e revela atitude ativa, saída da posição defensiva e realização de tarefas. Caracteriza-se pela força e estratégia destinada a destruição daquilo que precisa ser destruído visando a conquista de algo novo, vivaz, virtuoso e fundamental (Moore & Gilletti, 1993). Por sua vez, na amputação, o membro enfermo é aniquilado visando o alcance de uma melhor condição de vida e saúde.

Também predominou a construção simbólica de ruptura, redirecionamento abrupto da vida, deslocamento/destituição de papeis sociais e despotencialização de fatores geradores de sentido fundamental à noção de si. Isto refletiu na representação do não-viver em razão da impossibilidade de existir como si mesmo, bem como no paralelo entre limitações físicas e paralisação simbólica do Eu:

*“É a pessoa não viver, eu não vivo mais, eu vegeto (...) se fosse os braço, não sei... mas pra mim seria muito melhor que as perna (...) com a perna a gente pode ir além, muito além, né. Muito além. (...) Pra mim uma perna é tudo” (C2).*

 *“Sou acostumado desde... desde a idade de dez anos que era o homem da casa e fazia tudo, e de repente paralisar assim” (C1).*

Observou-se que a condição clínica, pautada na subtração do movimentar-se a partir do livre ir-e-vir, reiterou as condições de não-viver e paralisação. Nesse sentido, Rodrigues (2009) discute que a perda do membro insere o sujeito no processo de identificação e apropriação da persona coletiva do deficiente, caracterizada de forma estigmatizada pela limitação, mutilação, incapacidade, defeito, etc. Segundo a autora, este é um processo natural e esperado principalmente no período inicial, momento em que assimilar a condição vivenciada favorece o enfrentamento.

No entanto, quando há fixação na persona do deficiente, o sujeito centraliza sua forma de apresentação ao mundo e demonstra dificuldade de transitar entre os variados papeis que exerce (Rodrigues, 2009). Ainda nesse sentido, a autora cita Freitas (1990) para salientar que a identificação com persona do deficiente envolve o contato com elementos sombrios da psique individual, o que tende a gerar conflito identitário já que as imposições da primeira muitas vezes contrariam o que foi vivenciado anteriormente (Rodrigues, 2009).

Por outro lado, foi possível observar que o complexo do criador ferido, cuja base arquetípica remete à figura mitológica de Hefesto, ficou predominantemente inconscientizado. Ferreiro e artesão, Hefesto possui, ao mesmo tempo, deformidade física e habilidade única para confeccionar artefatos poderosos e valiosos. Assim, realiza a incumbência de instrumentalizar os herois, deuses e humanos, além de preparar os guerreiros para batalhas míticas. Dotado de genialidade criativa, Hefesto existe e sobrevive a partir da deficiência (Alvarenga, 2007). Em seu sentido simbólico, o criador ferido anuncia a transformação da realidade material, a priori limitante, em inúmeras possibilidades criativas (Alvarenga, 2007) a partir da remodelação da persona, atribuição de novos sentidos à experiência e integração de aspectos sombrios como potência.

Uma vez que viviam a amputação em seu sentido literal haja vista o pós-operatório, os colaboradores não apresentaram amplitude psíquica suficiente para perceber suas potencialidades de modo geral. Contudo, alguns elementos associados ao criativo e a possibilidade de realizar ações em prol de si revelam aproximação gradual deste complexo: a protetização como forma de retomar atividades; o suporte social como via de fortalecimento subjetivo; a continuidade do tratamento como maneira de se implicar no autocuidado.

Sugere-se, portanto, que o complexo do criador ferido atue em associação ao complexo do guerreiro, de modo que a amputação implica transposição gradual do lugar de guerreiro combatente ao de criador ferido da sua experiência. Desse modo, a partir da vivência da ferida (perda do membro) se torna possível construir e criar outras maneiras de se fazer artesão da própria vida.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os aspectos simbólicos são marcados pela condição físico-literal em razão da função estrutural e orgânica do membro amputado e pelos valores subjetivos que lhes são atribuídos. Assim, perder um membro inferior remete a impossibilidade de existir como si mesmo a partir da sustentação no mundo e do livre ir-e-vir. Foram identificados os complexos da vida e da morte, do inválido, do guerreiro e do criador ferido, este último de forma predominantemente inconscientizada. Movimentos de identificação com o complexo apareceram sobretudo no que concerne ao complexo do inválido, de modo que a percepção dos colaboradores centralizou-se na perspectiva da deficiência adquirida em detrimento das demais.

Para além do seu aspecto literal, a amputação foi compreendida como uma perda sobre a qual outras perdas foram atualizadas, estas de diferentes dimensões: corporal, funcional, subjetiva e prática. Não obstante a individualização da experiência, construções de despedaçamento, paralisação do Eu e renascimento foram observadas, bem como identificação com a persona coletiva do deficiente e introjeção de aspectos sombrios à psique individual. Por sua vez, a figura de Deus emergiu associada ao sentido finalista conferido à experiência, tendo representado a totalidade psíquica e a possibilidade de reintegração pessoal.

Desse modo, entende-se que o processamento simbólico da amputação como modo de relacionar-se consigo e com o mundo ocorre de forma individualizada e dinâmica, sendo permeado pela história de vida, relação com o adoecimento e a própria cirurgia, bem como pelo funcionamento psíquico do sujeito. Haja vista as múltiplas implicações e a complexidade das manifestações afetivas envolvidas, é importante que o psicólogo atue frente a simbolização da experiência desde o período de internamento pautando-se na compreensão do sujeito enquanto totalidade.

Nesse sentido, algumas ações possíveis consistem em fortalecer os vínculos entre o paciente, a rede de suporte social e a equipe, especialmente no pré-operatório; ofertar, na medida do possível, tempo adequado para assimilação da notícia cirúrgica; promover ações empáticas que validem e acolham o sujeito sobretudo diante das reações emocionais; fomentar a variação entre as diferentes modelações da persona e integração criativa de aspectos sombrios; despotencializar e confrontar os complexos em vias de promover interação adequada entre seus polos arquetípicos; viabilizar amplitude psíquica através da mediação do eixo ego-self.

Finalmente, ressalta-se que o presente estudo pode contribuir com as discussões que já vem sendo realizadas sobre a temática, além de implementar enfoque mais aprofundado sobre os aspectos simbólicos da amputação de membros inferiores. Acredita-se na importância do investimento dos profissionais e pesquisadores sobre o tema em questão, no intuito de aprimorar a assistência ofertada aos usuários de saúde em direção a ampliação e efetividade da assistência.

**REFERÊNCIAS**

Alvarenga, M. Z. (2007). *Mitologia Simbolica: Estruturas Da Psique e Regências míticas.* Casa do Psicólogo.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo.*Lisboa, Edições 70.

Bergo, M. F. C. & Prebianchi, H. B. (2018). Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. *Psicologia: teoria e prática*, *20*(1), 47-60. DOI: 10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60

Byington, C. A B. (2019). O arquétipo da vida e da morte: Um estudo da Psicologia Simbólica. *Junguiana*, *37*(1), 175-200.

Caromano, F. A.; Castelucci, P.; Lebre, L. P. M.; Takahashi, S. Y. & Tanaka, C. (1992). Incidência de amputação de membro inferior unilateral: análise de prontuários. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 3(ja./dez.), 44-53.

Cassefo, V.; Nacaratto, D. C. & Chamlian, T. R. (2003). Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco: estudo comparativo de 3 períodos diferentes. *Acta Fisiátrica*, 10(2):67-71.

Chini, G. C. O. & Boemer, M. R. (2007). A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *15*(2), 330-336. DOI:10.1590/S0104-11692007000200021.

Dornelas, L. F. (2010). Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. *Acta Ortopédica Brasileira*, 18(4), 204-206. DOI:10.1590/S1413-78522010000400006.

Downing, C. (1993). *Espelhos do self*. Editora Cultrix.

Dunn, D. S. (1997). Well-being following amputation: Salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation Psychology*, 41, 285-302.

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389. DOI:[10.1590/S0102-79722005000300012](https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012).

Fernandes, A. P. C. S. & Denari, F. E. (2017). Pessoa com deficiência: estigma e identidade. *Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade*, 26(50), 77-89.

Fitzpatrick, M. (1999). The psychologic assessment and psychossocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical Orthopaedics and Related Research,* 361, 98-107.

Gabarra, L. M. & Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 30, 59-72.

Garlippe, L. A. (2014). *Estudo epidemiológico dos pacientes com amputação de membros inferiores atendidos no Centro Regional de Reabilitação de Araraquara, Estado de São Paulo, Brasil* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Hall, C. S. & Nordby, V. J. (1992). *Introdução à psicologia junguiana*. São Paulo: Cultrix

Horgan, O. & Maclanchlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 837-850.

Jacobi, J. (2016). *Complexo, arquétipo e símbolo na psicologia de CG Jung*. Editora Vozes Limitada.

Johannesson, A.; Larsson G. U.; Ramstrand, N.; Turkiewicz, A.; Wirehn, A. B. & Atroshi, I. (2009). Incidence of lower-limb amputation in the diabetic and non-diabetic general population: a 10-year population-based cohort study of initial unilateral and contralateral amputations and reamputations. *Diabetes Care*, 32(2), 275-80.

Jung, C.G. (1999). *Dois Ensaios de Psicologia Analítica*. Petrópolis: Vozes.

Jung, C. G. (1988). *AION - Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*. Petrópolis: Vozes.

Keleman, S. *Mito e Corpo - uma conversa com Joseph Campbell.* (2001). São Paulo: Summus.

Loureiro, M. F. F.; Damasceno, M. M. C.; Silva, L. F. & Carvalho, Z. M. F. (2002). Ser diabético e vivenciar a amputação: a compreensão psico-fenomenológica. *Esc. Anna Nery*, 6(3), 475-489.

Luccia, N.; Gof, F. S. & Guimarães, J.S. (1996). Amputação de membros. Em: GOFFI, F. S. (Org.), *Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas de cirurgia.* São Paulo: Editora Atheneu, 180-187.

Luccia, N. *Reabilitação pós-amputação.* (2003). Em: Pitta, G. B. B.; Castro, A. A.; Burihan, E. (Orgs.)*,* Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA.

Ministério da saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiba.def. Acesso em: 26 de dez. de 2018.

Moore, R. & Gillette, D. (1993). *Rei, guerreiro, mago, amante.* Rio de Janeiro: Campus.

Moxey, P. W.; Gogalniceanu, P.; Hinchliffe, R. J.; Loftus, I. M.; Jones, K. J.; Thompson, M. M. & Holt, P. J. (2011). Lower extremity amputations - a review of global variability in incidence. *Diabetic Medicine*, *28*(10), 1144-1153. DOI:10.1111/j.1464-5491.2011.03279.x.

Oliveira, R. A. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 63-67.

Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 18(4), 437-453.

Rezende, J. M. (2009). *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 245-249.

Rodrigues, S. R. (2009). Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rybarczyk, B.; Nicholas, J. J. & Nyenhuis, D. L. (1997). Coping with a leg amputation: integrating research and clinical practice. *Rehabilitation Psychology,* 42(3), 241-256.

Ramos, D. G. (1994). *A psique do corpo: A dimensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus.

Seren, R. & De Tilio, R. (2014). As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *Revista da SPAGESP*, *15*(1), 64-78.

Spichler, E. R. S.; Spichler D.; Lessa, I.; Forti, A. C.; Franco, L. J. & LaPorte, R. E. (2001). Capture-recapture method to estimate lower extremity amputation rates in Rio de Janeiro, Brazil. *Pan Am J Public Health*, 10, 334-40.

Unwin, N. (2000). Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe, North America and East Asia: the global lower extremity amputation study group. *Group TG. Br J Surg*, 87, 328-37.