

Aspectos simbólicos da amputação de membros inferiores na perspectiva da psicologia junguiana

Symbolic aspects of lower limb amputation from the perspective of Jungian psychology

Amanda Santos de Souza¹ 

Daniela Rodrigues Goulart Gomes² 

¹Autora para correspondência. Universidade Federal da Bahia - Campus Anísio Teixeira (Vitória da Conquista). Bahia, Brasil. amandasouza.s@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia - Campus Anísio Teixeira (Vitória da Conquista). Bahia, Brasil. dddgoulart@yahoo.com.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: Com elevada incidência clínica, a amputação é um processo complexo de retirada total ou parcial de um órgão situado numa extremidade. Além das repercussões orgânicas e sociais, a amputação também mobiliza representações, ideias e afetos que interferem nas ações, pensamentos e sentimentos, demandando resignificação das perdas. **OBJETIVO:** Analisar os aspectos simbólicos presentes no processo de amputação e os complexos associados para além da literalidade corporal. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, realizada num hospital público do interior da Bahia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e coletados dados de prontuário, ambos analisados através da análise de conteúdo à luz da Psicologia Analítica (Junguiana). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados evidenciaram três categorias narrativas, sendo o impacto dos participantes frente à notícia da amputação; os aspectos emocionais e percepções frente ao pós operatório e as construções simbólicas frente à amputação. A discussão mostrou que a amputação é encarada como uma perda associada principalmente à ativação dos complexos da vida e da morte, do inválido e do guerreiro. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que o processamento simbólico é dinâmico e individualizado, podendo o psicólogo atuar na simbolização da experiência ainda no internamento hospitalar, potencializando estratégias de cuidado dos aspectos subjetivos.

PALAVRAS-CHAVE: Amputação. Deficiente físico. Psicologia Junguiana

ABSTRACT | INTRODUCTION: With increased clinical incidence, amputation is a complex process of total or partial removal of an organ located at a body end. Besides the organic and social repercussions, amputation also mobilizes representations, ideas and affects that interfere with the actions, thoughts and feelings, demanding a resignification of losses. **OBJECTIVE:** To analyze the symbolic aspects of the amputation process and the associated complexes beyond the body literalness. **METHOD:** Qualitative and exploratory case study conducted in a public hospital in the countryside of the state of Bahia, Brazil. We conducted semi-structured interviews and collected data from medical records and analyzed both through content analysis in the light of Analytical (Jungian) Psychology. **RESULTS AND DISCUSSION:** The results highlighted three narrative categories, viz., the impact of the participants facing the announcement of the amputation, the emotional aspects and perceptions after surgery and the symbolic constructions in the face of amputation. The discussion showed that amputation is seen as a loss that is mainly associated with the activation of the complexes of life and death, the invalid and the warrior. **CONCLUSION:** We concluded that the symbolic processing is dynamic and individualized, and the psychologist may act promoting a symbolization of the experience still in hospitalization, enhancing care strategies of subjective aspects.

KEYWORDS: Amputation. Disabled. Jungian Psychology

Introdução

A amputação configura um dos recursos terapêuticos mais antigos da Medicina e 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 foi iniciado no século XVI por Ambroise Paré, cirurgião militar atuante em campos de batalha (Garlippe, 2014). A maioria das técnicas cirúrgicas utilizadas atualmente foram introduzidas no século XX. As principais causas de amputação são a necrose tecidual derivada de doença vascular, má-formações congênitas, infecções, tumores e traumas. As complicações do diabetes e doença vascular periférica são as mais significativas, com cerca de 75% dos casos. As cirurgias geralmente são reconstrutivas, e seu planejamento é direcionado à transformação do coto em membro útil para reabilitação posterior (Garlippe, 2014).

Uma 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). 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, como a profissional, interpessoal e familiar (Caromano et al., 1992).

Ainda que implique alterações que envolvem diminuição ou perda sensorial e motora, a amputação se configura para alguns autores como uma deficiência adquirida por comprometer as atividades cotidianas, o estado de saúde e as relações interpessoais do sujeito acometido (Alves & Duarte, 2010). Pode-se verificar, contudo, que a construção da noção de deficiência associada à amputação emerge e se difunde como representação coletiva inconsciente, dado que a perda sensorial e motora que fisicamente configura a amputação não necessariamente deveria reiterar a associação desta com uma deficiência, cujo correlato arquetípico é comumente simbolizado pela anormalidade, insuficiência e imperfeição (Ivanovich & Gesse, 2020).

Os arquétipos são representações e fantasias inconscientes mimetizadas por imagens simbólicas cuja origem não é claramente conhecida, mas compõem-se de estruturas psicológicas dinâmicas e atuantes, “que se manifestam por meio de impulsos tão espontâneos quanto instintos” (Jung, 2008 p.74). O funcionamento das estruturas arquetípicas se verifica nos sonhos, nas visões de mundo e nos pensamentos, intervindo na construção de interpretações significativas, coletivamente compartilhadas e reafirmadas de modo não consciente.

Os arquétipos (conteúdos do inconsciente coletivo) e o inconsciente coletivo são conceitos amplamente teorizados por Jung (2000b; 2008) e justificam a sustentação teórica e metodológica quando se pensa no arquétipo da deficiência universalmente fundido à amputação. Como representação inconsciente coletiva, o par arquétipo amputação-deficiência pode produzir e reforçar mitos de natureza religiosa ou moral para endossar os dissabores e posicionamentos diante aos acontecimentos da vida, cristalizando representações extremamente limitantes e passivas ao sujeito amputado. Como relatam Ivanovich e Gesser (2020, p.1), outrora, “a deficiência já foi explicada como punição divina, infortúnio e até fracasso moral”.

Diferentemente dos conteúdos provenientes do inconsciente pessoal, que já pertenceram à consciência e foram suprimidos, esquecidos, os conteúdos do inconsciente coletivo nunca povoaram a consciência individual, mas foram adquiridos hereditariamente; são conteúdos, “temas e motivos que devem sua existência apenas à hereditariedade, presentes todo o tempo e em todo lugar” (Jung, 2000b, p. 53). Tais temas e motivos são reativados por infundáveis repetições transgeracionais e emergem a priori como formas sem conteúdo, que se manifestam compulsivamente, acionados por uma percepção, ação ou sensação desconcertante. Nesse interim, o inconsciente coletivo é acionado pela psique e os arquétipos se impõem como reação automática e instintiva.

No que tange ao corpo e subjetividade, a amputação representa um marco importante na vida do sujeito, pois convoca a palavra à representação de sensações, imagens e sentimentos que estão para além do seu significado manifesto e imediato, favorecendo a manifestação de fenômenos inconscientes que tendem

a se apresentar de modo caótico e assistemático (Jung, 2000b). Considerando os impactos possíveis na existência do sujeito interpelado pela representação de deficiência que a amputação é comumente associada, aspectos relacionados à readaptação/resignificação de aspectos que incluem funcionalidade, autonomia, imagem corporal e autoestima (aspectos de ordem prática/adaptativa e funcional e de ordem simbólica/afetiva) patenteiam-se em práticas capacitistas, ou seja, “baseadas na crença de que a deficiência ou a incapacidade é inerentemente negativa devendo essa ser melhorada, curada ou eliminada” (Ivanovich & Gesser, 2020, p. 2)

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).

Vivência pessoal do material arquetípico – universal a espécie humana, e, por isso, contemplado no inconsciente coletivo – os complexos, por sua vez, são definidos como um conjunto de representações, ideias, imagens e vivências de mesmo teor e composição afetiva, mas que operam no inconsciente individual. De acordo com Jung (2008, p.75), os complexos são considerados “compensações de atitudes unilaterais ou censuráveis de nossa consciência” (p.75) e, nesse sentido a ação do analista consiste em observar, analisar e explorar os complexos, os arquétipos e os símbolos, auxiliando o sujeito a se libertar dos conteúdos potencialmente censuráveis.

Em razão de apresentar caráter autônomo, os complexos afetam diretamente o comportamento do

sujeito, principalmente quando submetido a situações mobilizadoras e/ou que requerem ajustamento, como ocorre em casos de amputação. Em razão de apresentar caráter autônomo, os complexos afetam diretamente o comportamento individual do sujeito, principalmente quando submetido a 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 no que tange aos complexos: completa inconsciência, 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 egóica e balizam o funcionamento simbólico do sujeito (Hall & Norby, 1992). Para Jung (2000a, p.19), “estar constelado indica que o indivíduo adotou uma atitude preparatória e de expectativa, com base na qual reagirá de forma inteiramente definida”. Mesmo sendo um processo automático, a constelação dos complexos pode ocorrer para dissimular ou provocar modos de reação específico, com caráter defensivo à possíveis desregulações da noção de si.

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). A definição de símbolo aqui adotada refere-se à conceituação junguiana que se contrapõe ao entendimento de signo, concebendo-o como “uma tentativa de elucidar, através da analogia, algo que ainda pertence inteiramente ao domínio do desconhecido, ou de uma coisa que ainda virá a ser” (Jung, 1999, p. 287). Trata-se de algo que está além do seu significado manifesto imediato, na medida em que infere sentidos irracionais, ou seja, que não perpassam a lógica consciente racional. Não se configura de modo alegórico, como um sinal, mas como imagem de um conteúdo inconsciente. Nesse sentido, o símbolo é intransitivo por si mesmo, tendo suas significações um caráter inesgotável – ao contrário do sinal/alegoria, cujo desígnio é arbitrário e seus sentidos finitos (Junior, 2009).

Ao entrar em contato com os símbolos, os quais delegam relações criativas e dialéticas com a psique, é possível que o sujeito ressignifique experiências e elabore novos direcionamentos vivenciais, já que a tomada de consciência de seus conteúdos permite a ponderação da unilateralidade e fragmentação egoica, na perspectiva consciente. Ao conceber o inconsciente como propulsor de soluções criativas para os opostos por meio da síntese, ou seja, o encontro harmônico de tendências antagônicas, Jung propõe o símbolo como mediador e agente de tal função (Junior, 2009). 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 papéis e funções sociais (Rybarczyk et al., 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.

Uma vez que está circunscrita a um conjunto de perdas literais, sociais, pessoais, laborais, dentre outras, a amputação de membros pode constelar complexos e mobilizar símbolos emergentes. Assim, na incumbência de favorecer a construção de elementos que propiciem uma assistência à saúde que ultrapasse a

dimensão concreta da perda do membro e viabilize o alcance e resgate do sujeito na sua complexidade, o objetivo deste estudo consistiu em analisar 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-literais. Reside nesse ponto a pertinência científica e social do estudo: a julgar pela 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 interdisciplinar da psicologia hospitalar e da saúde. Para tal, apresentaremos vinhetas clínicas e reflexões à luz da Psicologia Junguiana.

Método

Trata-se de um recorte de uma pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, realizada num hospital público no interior da Bahia. O contexto do estudo (campo de empiria) foram as clínicas médica e cirúrgica do referido hospital. A pesquisa esteve vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência (com Bolsa MEC/ Ministério da Educação e Cultura), tendo como instituição gestora Universidade Federal da Bahia (Instituto Multidisciplinar em Saúde/ IMS) e como instituição executora o Hospital Geral de Vitória da Conquista (Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia/ EESP-BA). Participaram do estudo quatro sujeitos maiores de 18 anos em situação de pós-operatório de amputação de membros inferiores, em internação hospitalar por condições clínicas secundárias não determinadas previamente. A amostra foi escolhida de forma intencional e por conveniência em função de sua importância em relação ao tema. A escolha e tamanho da amostra ocorreram por saturação teórica, sem predeterminação estatística, uma vez que, dado à abordagem metodológica qualitativa, “somente ao final da coleta de dados é que o pesquisador poderá saber quantos casos acabam por ser incluídos” (Turato, 2013, p. 359). Os critérios de inclusão abarcaram: a) ter pelo menos 18 anos; b) estar em situação de pós-operatório em decorrência de amputação de membros inferiores; c) consentir a participação no estudo através de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da amostra pacientes na condição de intubação, com rebaixamento do nível de consciência e/ou aqueles com restrição orgânica de comunicação.

Para a coleta de dados, foram utilizadas as seguintes técnicas: análise documental (de prontuário) para caracterização sociodemográfica e da condição de saúde; e entrevista semiestruturada, construída previamente de acordo com os objetivos do estudo. O roteiro de entrevista incluiu perguntas abertas que versavam sobre o processo de amputação, a vivência do procedimento cirúrgico, sentimentos e sensações experienciadas, estratégias de enfrentamento utilizadas e percepção acerca do pós-operatório. O pesquisador, profissional residente, realizou busca ativa nas Clínicas Médica e Cirúrgica a fim de identificar participantes que se incluíam nos critérios da investigação. A análise documental contribuiu para caracterizar a condição de saúde (causa da internação) e averiguar a inclusão do paciente nos critérios da pesquisa. Após confirmação de potencial participante, foi realizado contato da pesquisadora com o mesmo no leito, celebrado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizada a entrevista em local resguardado institucionalmente pelo sigilo. As entrevistas ocorreram nos meses de agosto a novembro de 2019 e, por serem semiestruturadas, se estenderam por mais de um encontro com cada participante, permitindo aos mesmos manifestarem-se para além das perguntas estruturadas. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente, na etapa de análise dos dados. Antes da coleta, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal da Bahia, CAAE nº 09899019900005556 e obedeceu aos parâmetros e itens que regem as Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, em conformidade com fins estritamente científicos e acadêmicos.

A análise dos dados foi realizada conforme a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (1977), que permite replicar ponderações e inferências sobre dados de um contexto específico mediante unidades de registro e de categorias proeminentes no material coletado. A análise dos dados contemplou, em conformidade com a técnica ensinada, uma etapa pré-analítica (leitura flutuante das entrevistas, determinação das unidades de registro e construção de modos de categorização). Em seguida, passou-se à etapa de exploração do material ou codificação, na qual os pesquisadores atentaram-se ao aparecimento de vestígios, expressões (vinhetas) e palavras significativas para que o conteúdo de fala fosse organizado em agrupamentos/categorias (recorte textual).

Enfim, a etapa de tratamento dos dados submeteu os resultados a construções analíticas nas quais os achados foram interpretados na perspectiva teórica da Psicologia Junguiana, correlacionando aspectos simbólicos e complexos constelados.

De um modo geral, pode-se dizer que a pesquisa qualitativa contempla métodos que não se pautam em mensurar os fenômenos em termos de quantidade, intensidade e/ou frequência, haja vista a ênfase qualitativa ofertada à relação do pesquisador com seu objeto de estudo. Esse método se dirige à busca de respostas para a experiência e sua significação (Minayo, 2014), de modo que o objetivo está para além da descrição e generalização dos fenômenos ao incluir a compreensão e interpretação da realidade pesquisada (Penna, 2005). No que cerce ao paradigma Junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa, é importante salientar que do ponto de vista epistemológico, a Psicologia Analítica/Junguiana está circunscrita dentro dos limites e possibilidades de acesso ao inconsciente por meio da expressão do mundo subjacente na realidade manifesta (Penna, 2005). Ademais, em vias da impossibilidade de contato direto com o inconsciente, tal investigação é feita por meio do conhecimento da consciência – e das manifestações deste nessa realidade.

Resultados e discussão

A análise dos dados evidenciou três categorias que reiteram os sentidos mais evocativos apresentados nas narrativas das entrevistas: repercussões da notícia de amputação; aspectos emocionais e percepções frente ao pós-operatório; e construções simbólicas frente à amputação.

Cada categoria será ilustrada por vinhetas clínicas que convergiram na imersão das discussões que seguem.

1. A notícia de amputação

Nesta categoria estão circunscritas repercussões ou atravessamentos nomeados pelos participantes ao receberem a notícia de amputação; e, também diz respeito ao movimento de processo decisório que demandou autorização para a realização do procedimento (pós notícia).

As repercussões da notícia de amputação ocorreram mediante retomada ao discurso da perda do corpo físico e obliteramento de questões afetivas, endossadas pelas sensações de desfalecimento e morte.

Quando convidados a falar sobre suas impressões acerca da comunicação da necessidade cirúrgica (amputação), observamos uma dificuldade inicial de entrar em contato com aspectos subjetivos em detrimento aos aspectos literais. Como reafirmação do choque vivenciado, houve um retorno discursivo à perda do membro, à funcionalidade deste na sua experiência de locomoção e um retorno ao histórico de saúde-doença – todos marcados pela surpresa frente à notícia.

Foi por que o sangue não estava circulando mais (...) Pessoa acostumada a caminhar, andar pra todo canto, aí não aguentar andar, ter que cortar a perna né, difícil (...) não esperava, não esperava isso (Participante 1).

Aí o médico olhou (...) eu entrei pra cuidar da diabetes, mas o médico olhou para o dedo, falou que como eu já tinha amputado a perna né, primeiro foi 'os dedo' que escureceu, tirou os dedo (Participante 3).

O médico debridou, eu fiquei internada (...) para mim foi como perder o chão, o chão desabou para mim. (Participante 2)

Ah, foi o mesmo que me matar (Participante 1).

É possível considerar que a expectativa de possuir uma condição clínica mais simples (que não demandasse necessariamente a amputação) esteja associada ao movimento de autopreservação e negação frente à iminência cirúrgica, já que esta é percebida como “não fácil”, inesperada e traumática (Oliveira, 2000). Em seu estudo sobre a vivência da amputação, Loureiro et al. (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. Essa manifestação de choque e descrença, ilustrada na assertiva “foi como perder o chão” (Participante 1), ficar sem lugar, desterritorializado, expressa, assim, uma condição quase imobilizadora frente à perda, frente à notícia de amputação e redundante numa escassez inicial de sentido de continuidade da vida (dilemas de vida e morte).

A perda de sentido de continuidade da vida é expressa claramente pelo Participante 1, já em franco contato com aspectos terríveis, ao enunciar: “foi o mesmo que me matar”, reiterando tal sensação de imobilização frente à notícia e evidenciando uma perspectiva futura negativista e com antecipação de limitações, considerando que a perda de uma parte do corpo implica em alterações no modo de (não) existir (Chini & Boemer, 2007). Além disso, o elemento-surpresa dado à notícia foi outro fator comum que merece consideração.

Eu esperava fazer a limpeza da perna e pronto, voltar pra casa normal (Participante 1).

(...) eu não imaginava que ia amputar de novo, achava que ia ser uma cicatrização rápida, como as outras feridas que tive no pé (Participante 3).

Nunca, a gente nunca espera né, tanto da primeira amputação como a de agora (Participante 4).

O médico já tinha me alertado, 'é, seu é tá feio viu, cheio de pus', vai ter que amputar (Participante 3).

Identificar essas reações de espanto e surpresa diante da notícia de amputação torna-se, então, relevante para a localização e compreensão das dificuldades impostas aos sujeitos pela realidade que estão vivenciando. Os achados dessa categoria ecoam na importância de identificar a ativação do complexo da vida e da morte na experiência de amputação dos participantes ouvidos. Nesse caso, a polaridade da morte emergiu potencializada na mobilização de afetos associados ao finamento, destrutividade, sacrifício e perda (Byington, 2019), figurados à amputação como condição imprescindível para o seguimento da vida. Entendemos, sobretudo, que, a fixação em uma polaridade restringe a elaboração simbólica da experiência, tornando indispensável promover a interação adequada entre os polos designados (Byington, 2019).

No que concerne ao processo decisório (realizar ou não o procedimento), episódio posterior à notícia de amputação, chamou atenção o tempo de assimilação como fator relevante à inclinação favorável em detrimento à obrigatoriedade e impossibilidade de escolha (entre amputar ou não). As narrativas confluíram para atribuição da importância dos esclarecimentos por parte da equipe e endossaram as manifestações de afetividade e incentivo como elementos positivos e facilitadores da decisão cirúrgica.

A primeira reação minha foi não querer amputar né, aí então como eu passei ter muito conhecimento do hospital e tudo... como eu peguei muita... 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 (Participante 2).

A enfermeira falou: você tem o prazo até amanhã nove horas da manhã pra pensar. Eu não ia amputar não, mas aí a vizinha [pausa] me deu o conselho pra amputar... aí eu decidi amputar (Participante 3).

Sendo a racionalização do processo cirúrgico insuficiente para que haja processamento subjetivo da experiência (Chini & Boemer, 2007), esses dados revelam que, para além do fornecimento de informações, o tempo para assimilação da notícia, o fortalecimento de vínculos com a equipe e familiares, a comunicação assertiva e a afetividade atuam como importantes moduladores psíquicos a serem trabalhados no pré e no pós-operatório. Uma vez que operam para mobilização do polo da vida, permitem construções criativas e suportivas frente às dificuldades da notícia da amputação e do procedimento a ser realizado.

2. Aspectos emocionais e percepções frente ao pós-operatório

Após a realização da cirurgia para amputação, emergiu de forma contundente o sentimento de despedaçamento, 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 pelo procedimento cirúrgico – 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 (Participante 4).

Tirei os dedos, tirei o pé [direito] e em seguida, antes de seis meses, [tirei] os dedos do pé esquerdo (...). Não sei como vou seguir com a vida (Participante 2).

Eu fiquei triste [pausa], 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 filhas que gostam muito de mim, cuidam muito de mim (Participante 1).

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, não 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 (...) você não pode fazer muita coisa, né, então você não tem muita agilidade, você não tem muito controle, entendeu? Tudo você tem que pensar antes pra fazer, senão você cai, mesmo com a prótese (Participante 4).

Pra mim, uma perna é tudo (Participante 2).

Dado que a perda física altera o significado conferido ao corpo, o processo de assimilação envolve variação da estrutura egóica na medida em que diferentes aspectos negados pela consciência emergem. Sombrios, tais aspectos contrariam o senso de adaptação à realidade mantidos 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 participantes, 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 à 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 marcante 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 sujeitos submetidos a amputações sucessivas.

Pra mim foi terrível [pausa] não tenho nem explicação; pra mim é terrível, pra mim isso nem tá acontecendo comigo [referindo-se à outra amputação] (Participante 2).

No pós-operatório, o sentimento de insegurança foi predominante principalmente em relação às 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).

Ninguém sabe o que um amputado passa; esquecer que não tem um membro, é [pausa] as quedas que você toma ao longo desse percurso; atraso de vida; é inacreditável, não tem explicação, entendeu? (Participante 4).

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 revela 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 contrabalança a inflação egóica 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, o que implica no acolhimento das limitações como parte, não sendo, portanto, a totalidade da experiência.

Com relação às 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 como elementos a serem apropriados como parte de si. Chamou atenção a construção simbólica de renascimento associada à continuidade da vida, adaptação ao novo, superação de adversidades e sentimento de renovação:

Eu agora sou outra pessoa né, porque sarou esse problema aí (...) nasci e vivi de novo... isso que eu lhe digo, nasci e vivi de novo (Participante 1).

Eu vi que o mundo não tinha acabado né (Participante 1).

Emocionalmente eu me sinto bem (Participante 3).

Hoje eu já fiz várias amizades aqui dentro e vale a pena, apesar de ter os problemas, mas vale a pena (Participante 4).

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. A autora pontua que o sofrimento do processo de morrer simboliza o sacrifício inerente à abertura ao novo, sendo este o 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 se associaram 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 et al, 1997; Dunn, 1996).

Agora eu posso andar pra onde eu quiser de muleta, de carro, num... nada mais vai me impedir né (...) 'sarou as pernas', acabou o problema (Participante 1).

Aí eu cheguei à conclusão que eu tinha que amputar né, era o melhor pra mim (...) no caso agora eu tô querendo botar uma prótese, já tô com meu nome na fila né, das próteses (...) tô confiando muito nessa reabilitação (Participante 2).

A percepção de que existem diversas possibilidades sociais, de mobilidade e de reabilitação pós amputação pareceu contribuir para o fortalecimento subjetivo dos participantes, à 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.

3. Construções simbólicas frente à amputação

As construções simbólicas referentes à perda do membro e sua implicação nas diferentes esferas da vida variaram entre os participantes, o que revela, sobremaneira, a individualização da experiência. Os dados interpretados apontaram que a própria amputação foi concebida como uma perda, no sentido de que se perdeu uma série de ações e movimentos realizados anteriormente, inclusive na tentativa de evitá-la. Houve também a 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 autossacrifício, 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 de certa forma (Participante 4).

A gente vai lutando até vencer né. [pausa]. Dois anos nisso, nessa luta e só fazendo exame... fazendo exame... fazendo exame... no fim não deu certo (Participante 1).

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, 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 participantes deste estudo.

A ativação do complexo do guerreiro foi observada, sobretudo, em situações que exigiram suportar a dor dos procedimentos e/ou lidar com adversidades que fugiram das expectativas e do controle individual. Como pontuam 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 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.

Além disso, também se observou 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.

É, a pessoa não vive; eu não vivo mais, eu vegeto (Participante 2).

Desde a idade de dez anos que era o homem da casa e fazia tudo, e de repente paralisar assim (Participante 1).

A perda do membro insere o sujeito no processo de identificação e apropriação da persona coletiva do deficiente (Rodrigues, 2009), caracterizada de forma estigmatizada pela limitação, mutilação, incapacidade, defeito. Mesmo considerado um processo natural e esperado principalmente no período inicial, a dinâmica de assimilar a condição vivenciada favorece o enfrentamento. No entanto, se há fixação na persona do deficiente, o sujeito centraliza sua forma de apresentação ao mundo e demonstra dificuldade de transitar entre os variados papéis que exerce. Ainda nesse sentido, a autora Rodrigues (2009) 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.

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 heróis, 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 participantes 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, tais como: 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.

Todas essas alternâncias de percepções e interpretações – dos pesquisadores e dos participantes – traduzem, nesse estudo, a riqueza metodológica das pesquisas qualitativas, dado à intensidade e complexidade dos fenômenos interdisciplinares envolvidos no processo de amputação. As vinhetas apresentadas vivificaram alguns recortes da pesquisa, que abarca ainda uma multiplicidade de correlações a serem analisadas, mas que já fornecem um escopo relevante dos aspectos simbólicos presentes nos processos de amputação e os potenciais complexos emergentes nestas situações de perda.

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 (unidade identitária) 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, ou seja, não trazido à percepção consciente. Movimentos de identificação com o complexo apareceram sobretudo no que concerne ao complexo do inválido, de modo que a percepção dos participantes se centralizou 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 (compartilhada) do deficiente e introjeção de aspectos sombrios à psique individual.

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, com a equipe e com 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 à 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, ao conjurar o processo de amputação à aspectos simbólicos e complexos constelados e/ou inconscientizados, pode ainda contribuir com futuras discussões sobre amputação e recusa de procedimentos; adaptação social e emocional no pós-operatório; impasses entre equipe e paciente durante a hospitalização, além de implementar enfoque mais aprofundado sobre os aspectos emocionais 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 à ampliação e efetividade do cuidado multiprofissional.

Contribuições das autoras

Souza AS participou da concepção da pesquisa, delineamento teórico-metodológico, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e escrita do artigo. Gomes DRG participou da concepção da pesquisa, revisão metodológica, supervisão da coleta e análise dos dados, análise crítica dos resultados e discussão, revisão final da escrita do artigo científico.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

- Alvarenga, M. Z. (2007). *Mitologia Simbólica: estruturas da psique e regências míticas*. Casa do Psicólogo.
- Alves, M. L. T., & Duarte, E. (2010). Relação entre a imagem corporal e deficiência física: Uma pesquisa bibliográfica. *Efdeportes.com*, 15(143). <https://www.efdeportes.com/efd143/relacao-entre-a-imagem-corporal-e-deficiencia-fisica.htm>
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. 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. <http://dx.doi.org/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. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252019000100008&lng=pt&tlng=pt
- 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(1/2), 44-53. https://www.researchgate.net/publication/265686305_INCIDENCIA_DE_AMPUTACAO_DE_MEMBRO_INFERIOR_UNILATERAL_ANALISE_DE_PRONTUARIOS#read
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200021>
- Downing, C. (1993). *Espelhos do self*. Editora Cultrix.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: Salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation Psychology*, 41, 285-302. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.41.4.285>
- Fernandes, A. P. C. S., & Denari, F. E. (2017). Pessoa com deficiência: estigma e identidade. *Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade*, 26(50), 77-89. <https://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a03.pdf>
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 30, 59-72. https://www.researchgate.net/publication/237022934_Aspectos_psicologicos_da_cirurgia_de_amputacao#read
- 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]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-15082014-115926/pt-br.php>
- Hall, C. S., & Nordby, V. J. (1992). *Introdução à psicologia junguiana*. Cultrix.
- Jacobi, J. (2016). *Complexo, arquétipo e símbolo na psicologia de CG Jung*. Vozes Limitada.
- Jung, C.G. (1999). *Dois Ensaios de Psicologia Analítica*. Vozes.
- Jung, C. G. (2000a). *A natureza da psique* (5ª ed.). Editora Vozes.

- Jung, C. G. (2000b). *Os arquétipos e o inconsciente coletivo* (3ª ed.). Editora Vozes.
- Jung, C. G. (2008). *O homem e seus símbolos* (5ª ed.). Nova Fronteira.
- Ivanovich, A. C. F., & Gesser, M. (2020). Deficiência e capacitismo: correção dos corpos e produção de sujeitos (a)políticos. *Quaderns de Psicologia*, 22(3) 2020, 1-22. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1618>
- 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 Revista de Enfermagem*, 6(3), 475-489. <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127718115012.pdf>
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec.
- Moore, R., & Gillette, D. (1993). *Rei, guerreiro, mago, amante*. 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). <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03279.x>
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 18(4), 437-453. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-8231200000400002&lng=pt&tlng=pt
- Penna, E. (2005). O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. *Psicologia USP*, 16(3), 71-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642005000200005>
- Ramos, D. G. (1994). *A psique do corpo: A dimensão simbólica da doença*. Summus.
- 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, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-11122009-155557/publico/Mestrado_SandraRRodrigues.pdf
- 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. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.42.3.241>
- Seren, R., & De Tilio, R. (2014). As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 64-78. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n1/v15n1a06.pdf>
- Silva Junior, R.C. (2009). *O conceito Junguiano de símbolo desde seus primórdios*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório UNB. http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20282/1/2009_RonaldoCelestinodaSilvajunior.pdf
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6ª ed.). Vozes.