

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM CENTRO DE CIÊNCIAS
SOCIAIS E HUMANAS – CESH PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA**

**NARCISISMO E IMAGEM CORPORAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A
VIVÊNCIA DA AMPUTAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Priscila Ferreira Friggi

Santa Maria, RS, Brasil
2015

**NARCISISMO E IMAGEM CORPORAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A
VIVÊNCIA DA AMPUTAÇÃO**

por

Priscila Ferreira Friggi

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em
Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde,
da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para
obtenção do grau de
Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. PhD Alberto Manuel Quintana
Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Camila Peixoto Farias

Santa Maria, RS, Brasil
2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ferreira Friggi, Priscila
Narcisismo e Imagem Corporal: considerações sobre a
vivência da amputação. / Priscila Ferreira Friggi.-2015.
88 p.; 30cm

Orientador: Alberto Manuel Quintana
Coorientadora: Camila Peixoto Farias
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2015

1. Amputação de Membros 2. Narcisismo 3. Imagem
Corporal 4. Reintegração Corporal I. Quintana, Alberto
Manuel II. Peixoto Farias, Camila III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**NARCISISMO E IMAGEM CORPORAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA
DA AMPUTAÇÃO**

elaborada por

Priscila Ferreira Friggi

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alberto Manuel Quintana, PhD
(Presidente/Orientador)

Camila Peixoto Farias, Dra
(Co-Orientadora)

Caroline Rubin Rossato Pereira, Dra (UFSM)
(Examinadora)

Maria Aparecida Crepaldi, PhD (UFSC)
(Examinadora)

Sílvio Augusto Lopes Iensen, Dr (UNIFRA)
(Examinador Suplente)

Santa Maria, 27 de Abril de 2015.

AGRADECIMENTOS

Penso que o encerramento de um ciclo sempre traz reflexões, independente do que se trate ou de que momento da vida se está. E quando se chega ao término de uma pós-graduação almejada, não restam apenas reflexões e boas lembranças, mas muitos agradecimentos.

Esses dois anos de mestrado foram intensos em todos os sentidos! Duraram uma eternidade e ao mesmo tempo acabaram rápido demais. Foram cansativos, porém, prazerosos. Foram difíceis em determinados momentos, porém, de um aprendizado imensurável. Foram, sobretudo, gratificantes!

É por isso que é preciso agradecer...

Agradeço ao Prof. Alberto Quintana, orientador deste trabalho, pela oportunidade a mim concedida, pela confiança, pela amizade, pelo apoio, pelo imenso aprendizado, pela convivência sempre agradável e pela sua paciência em muitos momentos ao longo desses dois anos. Agradeço pelo incentivo que me foi dado em buscar novos caminhos e pela sua compreensão diante dessas escolhas.

À Prof.^a Camila Farias, co-orientadora, por caminhar conosco na construção desta dissertação, pela disponibilidade, pelo conhecimento compartilhado, por acolher minhas angústias e me devolver estímulo para driblar as dificuldades que se apresentaram no percurso.

Aos colegas do NEIS e às colegas do mestrado, especialmente à Katiusci, à Fernanda, à Flávia, à Natalia, à Paula e à Pâmela, pelos nossos momentos de troca e de afeto intensamente vividos nesses dois anos.

À Anaíse e à Angela, pela parceria na produção de muitos trabalhos e pelos momentos bons que vivemos durante o período que o mestrado permitiu que estivéssemos juntas.

Às colegas de trabalho Karla Kroth e Lídia Finkler, do NAAB - Saúde Mental de Vale do Sol/RS, pelo respeito e compreensão nos momentos em que o mestrado foi prioridade e algumas ausências do trabalho foram necessárias.

À Enfermeira Vânia Durgante, do Hospital Universitário de Santa Maria, por me receber no Ambulatório Ala 1 com carinho e interesse, auxiliando e mediando a realização das entrevistas que deram vida a esta dissertação.

À Cristine Reis, pelo auxílio competente e pela dedicação na busca por participantes para esta pesquisa, quando a carga horária de trabalho em outra cidade me impediu de fazê-lo.

Aos sujeitos entrevistados, por tê-los conhecido e por me entregarem um pouco de suas vitórias e de seus sofrimentos, permitindo a construção deste trabalho. Por confiarem e acreditarem na importância de seus depoimentos e, assim, me proporcionarem um aprendizado que transcendeu as análises desta dissertação... Um aprendizado para a vida!

Aos meus amados pais, Valter e Terezinha, pela paciência e compreensão, pelo apoio incondicional, pelo amor, pela amizade e pela confiança. Obrigada por entenderem ausências e crises e por estarem ao meu lado todos os dias, em todos os momentos, através de seu carinho e incentivo, mesmo distantes fisicamente.

Dedicatória

Para Júlio Pedro Ferreira da Silva (em memória) e Lydia Toneser Friggi (em memória), aqueles que, além do amor, alimentaram-me com o incentivo a buscar sempre mais da minha profissão. Àqueles cujas lembranças dos momentos de trocas de afeto e ideias, carrego comigo, tendo a certeza de que, verdadeiramente, “a saudade é o amor que fica”.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

NARCISISMO E IMAGEM CORPORAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA DA AMPUTAÇÃO

AUTORA: Priscila Ferreira Friggi
ORIENTADOR: Alberto Manuel Quintana
CO-ORIENTADORA: Camila Peixoto Farias

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 27 de Abril de 2015

RESUMO

Este estudo objetivou compreender, à luz da Psicanálise, os significados que os sujeitos submetidos à cirurgia de amputação de membros atribuíram ao processo de mudança corporal. Para isso, buscou-se, especificamente, identificar a relação entre a cirurgia de amputação e o narcisismo, bem como, descrever de que forma esse procedimento se articula com a imagem corporal desses sujeitos. Para atingir os objetivos propostos, optou-se pela pesquisa de cunho qualitativo, com abordagem descritiva e exploratória. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 9 sujeitos submetidos à cirurgia de amputação de membros que mantinham acompanhamento em um hospital público do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados coletados foram analisados segundo a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin e, obedecendo ao procedimento dessa técnica, foram elencadas 5 categorias por repetição, que apresentaram os resultados desse estudo. Através desses achados, verificou-se que a amputação de membros assumiu um caráter traumático para os sujeitos entrevistados, causando uma abrupta ruptura e uma ameaça nos alicerces simbólicos constitutivos de cada um. Essa ameaça repercutiu diretamente na imagem corporal e em seu narcisismo, exigindo um trabalho de luto pelo membro perdido e pela imagem corporal mantida até então, para que, assim, pudesse acontecer o processo de reintegração corporal. Esse trabalho de luto mostrou-se essencial para que uma nova autoimagem seja construída, base para que a ação narcísica de unificação corporal aconteça novamente. Por outro lado, a ausência de um trabalho de luto satisfatório traz prejuízos a esse processo de reestruturação da autoimagem e pode atribuir um caráter mortífero à amputação de membros. Portanto, este estudo verificou que o sujeito submetido à amputação pode ressignificar seu corpo, mesmo diante da ausência de um membro e, assim, vivenciar as potencialidades e as possibilidades que esse corpo ainda apresenta.

Palavras-chave: Amputação, Imagem Corporal, Narcisismo, Psicanálise.

ABSTRACT

Master's Thesis
Postgraduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

NARCISSISM AND BODY IMAGE: CONSIDERATIONS ABOUT AMPUTATION EXPERIENCE

AUTHOR: Priscila Ferreira Friggi
ADVISOR: Alberto Manuel Quintana
CO ADVISOR: Camila Peixoto Farias

Place and Date of Defense: Santa Maria, April 27th, 2015

ABSTRACT

This study aimed to understand the meanings of people submitted to limb amputation surgery attributed to body change process, based on the psychoanalytic theory. For that, we sought identify the specifically relation between amputation surgery and narcissism, as well as describe how is the articulation of this procedure and the body image. To activate the objectives, we choose qualitative research, with descriptive and exploratory approach. For data collection was used semi-structured interviews with 9 people who did limb amputation surgery and had medical monitoring in a Rio Grande do Sul's public hospital. The data collected were analysed by Bardin's Content Analysis and, all that were in agreement of this technique were listed in 5 repetition categories, showed in the results of this study. It was found that limb amputation was a traumatic event for the interviewed people, motivating an abrupt break in their symbolic constructive base, threatening them. This threat reflected directly in body image and narcissism, and they needed a grief process for the lost member and the body image that they had until that moment in order that happen the new body reintegration process. This grief process was essential for building new body's auto image, that is a basis for the narcissist action of body unification. Although, the grief process that isn't satisfactory is harmful for the restructuration self-image process, and can turn this process like a dead of the limb amputated. Then, this study concluded that limb amputation people can reframe your body even with the absence of a member and experience the potential and possibilities that this body still has.

Key-words: Amputation, Body Image, Narcissism, Psychoanalysis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA: American Psychological Association

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

HUSM: Hospital Universitário de Santa Maria

LILACS: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

MS: Ministério da Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SCIELO: Scientific Electronic Library Online

SUS: Sistema Único de Saúde

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

UFMS: Universidade Federal de Santa Maria

UNIFRA: Universidade Franciscana

GLOSSÁRIO¹

Tipos de Amputação:

Amputação Transfemoral: amputação realizada no nível da coxa;

Amputação Transtibial: amputação no nível da panturrilha;

Desarticulação do quadril: amputação da perna até a área de articulação do quadril;

Hemipelvectomy: além da amputação total da perna, há a retirada de parte da bacia até o sacro;

Pododáctilos: dedos dos pés.

Doenças:

Diabetes Mellitus: condição na qual o pâncreas deixa de produzir insulina, aumentando os níveis de glicose na corrente sanguínea;

Trombose: formação de trombo (coagulação do sangue) dentro de uma veia ou de uma artéria, o que difere a trombose venosa da trombose arterial;

Neoplasia: ocorre quando um tumor se dá pelo crescimento do número de células, pode ser neoplasia benigna ou maligna, que é o câncer. Na neoplasia benigna há o crescimento das células de forma organizada e com limites estabelecidos, o que facilita o tratamento.

¹ Informações obtidas nos seguintes sites: <http://www.ottobock.com.br/prosthetics>; <http://www.abc.med.br>; <http://www.trombose.com.br>; <http://www1.inca.gov.br>.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	19
DISCUSSÃO TEÓRICA	19
1.1 Corpo e Narcisismo: sobre o estatuto do corpo na Psicanálise	19
1.2 Corpo e Imagem: sobre a (re) construção da imagem corporal no contexto da amputação	35
CAPÍTULO II	44
PERCURSO METODOLÓGICO	44
2.1 Desenho do estudo	44
2.2 Cenário do estudo	45
2.3 Definição dos participantes	45
2.4 Processo de Coleta de dados	47
2.5 Procedimentos para análise dos dados	49
2.6 Aspectos éticos da pesquisa	50
CAPÍTULO III	53
RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
3.1 Nunca se está preparado: o encontro com o desconhecido	53
3.2 O confronto com a falta: reconstruindo a própria imagem	58
3.3 Para além da perda do membro: a amputação enquanto uma ferida narcísica	61
3.4 Quando o membro ausente faz sentir-se: uma leitura além das sensações	65
3.5 Quando a perda é necessária: a amputação como possibilidade de vida	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE B- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	82
APÊNDICE C- EIXOS NORTEADORES	83
ANEXO A- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	84
ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	85

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a Dissertação de Mestrado intitulada “**Narcisismo e Imagem Corporal: considerações sobre a vivência da amputação**”, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM e obteve aprovação em março de 2014, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 26372514.1.0000.5346. Assim, esta dissertação está disposta da seguinte forma:

- **Introdução:** apresentando a temática da pesquisa que gerou esta dissertação, os objetivos que a nortearam e a justificativa da escolha da mesma;
- **Discussão Teórica:** breve seção construída para auxiliar no entendimento dos objetivos da pesquisa, construída à luz dos pressupostos psicanalíticos e contextualizada à temática da amputação de membros;
- **Percurso Metodológico:** elucidando a escolha do método mais adequado para esta pesquisa, o processo de coleta de dados, a forma de analisa-los e a atenção aos preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos;
- **Resultados e Discussão:** seção na qual serão apresentados os resultados obtidos no processo de coleta e análise dos dados e a discussão consoante o aporte teórico utilizado;
- **Considerações finais:** seção dedicada ao fechamento e à retomada de todo o processo de pesquisa e de construção desta dissertação;
- **Referências Bibliográficas:** identificação das obras utilizadas na compreensão dos fenômenos;
- **Apêndices:** contendo os documentos que estão envolvidos na realização deste trabalho e que são citados ao longo do texto;
- **Anexos:** contendo o aceite da instituição na qual a pesquisa foi realizada e a Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

INTRODUÇÃO

Falar sobre um procedimento cirúrgico, independente de qual seja, pode desencadear certo temor, mesmo que as cirurgias tenham um longo percurso na medicina, sendo uma de suas mais antigas técnicas. É importante lembrar que houve uma época em que se considerava uma grande vitória sobreviver a um evento cirúrgico, o que já não se observa mais no presente. Porém, há que se destacar que quando o procedimento em questão é a amputação de membros, que é a extirpação total ou parcial de um membro do corpo, é notável que o próprio termo venha a provocar receio e estranhamento na grande maioria das pessoas (Luccia, Gof, & Guimarães, 1996).

Segundo dados publicados em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS), estima-se que a incidência de amputação no contexto brasileiro é de 13,9 para cada 100.000 habitantes por ano. Ainda, cerca de 70% das amputações de membros inferiores ocorreram em função do diabetes não controlado, um número que chega a quase 60 mil amputações anuais. Já as amputações traumáticas, que são provocadas por acidentes automobilísticos, de trabalho ou por ferimento de arma de fogo, contemplam cerca de 20% da totalidade desse procedimento no Brasil.

Nessa direção, o MS lançou em 2013 as *Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada*, uma cartilha contendo informações e orientações relevantes às equipes de saúde que lidam diretamente com sujeitos amputados ou os que estão em fase pré-amputação. Segundo essa cartilha, há uma estimativa de que 85% de todas as amputações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram nos membros inferiores, embora não haja uma precisão dessa informação.

Conforme consta na referida cartilha, somente no ano de 2011, 94% das amputações de todo o Brasil ocorreram nos membros inferiores e as causas para essas amputações são, em sua maioria, decorrentes de doenças crônico-degenerativas, como as de cunho vascular-periférico e o diabetes mellitus, acometendo com maior frequência a população idosa. De maneira semelhante, no cenário internacional, também são as doenças crônicas como o diabetes e doenças vasculares as responsáveis por grande parte das amputações (Fitzpatrick, 1999).

Nesse prisma, pode-se pensar que o aumento da longevidade, consequência dos avanços médicos e tecnológicos, e as transformações históricas e sociais vêm proporcionando uma maior incidência de doenças crônicas e de suas comorbidades. Essas doenças, muitas

vezes, culminam na amputação de um ou mais membros do corpo justamente pela ausência de manutenção adequada das mesmas e pelo desconhecimento por parte do sujeito em relação aos sintomas e aos cuidados específicos que podem proporcionar uma boa adequação à doença (Gambá, Gotlieb, Bergamaschi, & Viana, 2004).

Em uma pesquisa longitudinal realizada com sujeitos amputados, Gabarra e Crepaldi (2010) apontaram que, quando a causa da amputação é uma doença crônica, é importante destacar que, por ser debilitante, esse tipo de doença é propulsora de comportamentos evitativos nas pessoas e uma reação aversiva nas inter-relações. Além disso, uma vez nessa situação, o doente crônico que necessita se submeter à amputação de membros exige mais cuidado e atenção.

De acordo com as mesmas autoras, essa situação acaba levando ao isolamento e à ausência de contatos sociais, até mesmo em função das dificuldades geradas pela limitação física oriunda da amputação. Complementando isso, observa-se que, dentre os comportamentos variados apresentados pelos sujeitos amputados, há a incerteza frente ao desconhecido e, por conta disso, um dos aspectos que se modifica em sua vida é a vivência corporal, uma vez que a cirurgia compromete sua identidade e causa profundas alterações em sua autoimagem (Ferreira, 2005).

Nesse contexto, observa-se que as próprias políticas de saúde estão abrangendo a esfera emocional das pessoas com algum tipo de deficiência, espectro que contempla a amputação de membros. Assim, considerando um cuidado integral às pessoas com deficiência e priorizando a atenção em saúde aos mesmos, o MS publicou, em 2014, uma coletânea de textos e diálogos produzidos numa reunião da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, intitulado *Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS*. Nessa coletânea, os textos são direcionados aos gestores e profissionais da saúde que atuam diretamente com pessoas que apresentam alguma deficiência, inclusive a física, sendo temporária ou permanente.

Nessa publicação, há uma retomada de todo o percurso que foi construído no SUS para que as pessoas com deficiência obtivessem maiores oportunidades de tratamentos, cuidados e reabilitação, destacando que os autores esclareceram que ainda há muito a ser feito no território brasileiro quando se trata de deficiência. Além disso, também foram enfatizados os avanços já obtidos e os entraves que ainda dificultam esse trabalho integrado em saúde ao usuário do SUS. A mensagem dessa coletânea é a importância de rever e reconstruir constantemente a produção de cuidado às pessoas com deficiência, priorizando a integralidade

desse cuidado, ou seja, a visão do sujeito como um todo e não apenas um paciente com deficiência.

Tendo isso em vista, é notório que a amputação de membros é um procedimento que não abala apenas a esfera física e, por isso, não se pode restringir sua compreensão a uma deficiência, mas ampliá-la enquanto um evento que provoca mudanças em todos os aspectos da vida do sujeito. Assim, é importante atentar-se para o fato de que a amputação causa abalos não apenas no corpo, mas no psiquismo de quem a vivencia. Isso foi corroborado por Dunn (1996) ao pontuar que, por trás de uma perda física, há aspectos sociais e psicológicos que a permeiam, de forma que a pessoa amputada precisa atribuir um sentido para esse acontecimento.

Diante disso, buscou-se conhecer as pesquisas na área da Psicologia que priorizam sentimentos e percepções dos sujeitos após a amputação de membros, sendo que essas pesquisas não correspondem a um número significativo, tanto no cenário nacional quanto no internacional. Para tal, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online), nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, utilizando descritores como amputação, adaptação psicológica e psicologia. Foram encontradas 5 pesquisas nacionais publicadas em periódicos da Psicologia e da Enfermagem nos últimos 10 anos.

Dentre esses 5 trabalhos encontrados, Bazhuni e Sant'Anna (2006) publicaram os achados de uma pesquisa qualitativa embasada em um estudo de caso para verificar a experiência psíquica de um paciente internado para realizar amputação de membro inferior. Os resultados mostraram a ocorrência de estados depressivos em sujeitos amputados e o quanto a intervenção psicológica reverteu em benefícios ao participante, devido à oportunidade de refletir sobre sua nova condição.

A esfera emocional também foi contemplada pelos estudos de Gabarra e Crepaldi (2009) e Chini e Boemer (2007), sendo que no primeiro realizou-se uma revisão sistemática a fim de levantar estudos que abordassem os aspectos emocionais ligados à amputação de membros inferiores e no segundo abordaram-se, através da fenomenologia, os sentimentos do sujeito amputado. No primeiro estudo citado, os resultados mostraram o quanto a psicologia mostra-se essencial no atendimento a essas pessoas, tanto no período que antecede a amputação quanto durante e após o procedimento, quando se parte para a reabilitação psicossocial. Já no segundo, os achados revelaram que os sentimentos observados nos sujeitos

amputados são ambíguos e intensos. Porém, houve expectativas de uma vida nova e isso foi fundamental para que não se tomasse pelos sentimentos de tristeza e pelas dificuldades.

Outro estudo encontrado nessa busca foi o de Silva, Padilha, Rodrigues, Vasconcelos e Santos (2010) que, através de um estudo de casos múltiplos com 20 pacientes, verificaram as representações sociais dos mesmos sobre seus corpos após a amputação. Os resultados do estudo revelaram que essas representações eram de incapacidade e dependência, mas que, por outro lado, percebeu-se maior preocupação com a saúde e o autocuidado após a amputação.

Galván e Amiralian (2009) também optaram pelo estudo de caso, porém com dois sujeitos, trazendo uma reflexão sobre a vivência da amputação por acidente. Os dados apontados no estudo mostraram que houve uma interrupção significativa no processo de amadurecimento desses dois sujeitos, trazendo prejuízos a ambos e necessidade de reintegração.

Esse número reduzido de pesquisas que se debruçaram sobre as repercussões psicológicas da amputação revela que o cenário nacional não vem investindo nessa temática, sob a perspectiva da Psicologia, na última década. Já no tocante às pesquisas internacionais, as publicações são mais expressivas, priorizando, entretanto, o método quantitativo, assim como mostrou uma busca na base de dados PsycInfo, a base de dados eletrônicos da APA (American Psychological Association), na qual, somente em 2014, foram indexados 4 estudos cujo enfoque foi na amputação de membros.

Todos esses estudos enfatizaram a representação do corpo amputado sob enfoques diferentes, como o de Von Sikorski e Thomas (2014), que investigaram como a mídia pode estereotipar os portadores de deficiência e as repercussões negativas que geram nas pessoas que não têm nenhum tipo de deficiência, justamente pela forma de abordagem. Já no estudo de Palermo, Di Vita, Piccardi, Traballesi e Guariglia (2014) a representação corporal de amputados e de sujeitos com lesão cerebral foram comparadas através de testagens neuropsicológicas. Ademais, D'Amour, Pritchett, Harris e Laurence (2014) pesquisaram se as distorções da representação corporal afetam as sensações táteis.

Também se utilizando de abordagem neuropsicológica, o estudo de Lenggenhager, Hilti, Brugger e Peter (2014) abordou a não aceitação da integridade física em alguns sujeitos que desejavam amputar algum membro, mesmo sem necessidade. Os autores explicaram que isso pode sugerir uma representação enfraquecida da parte do corpo que o sujeito quer extirpar. Como se pode observar, todas essas pesquisas objetivaram mostrar, sob uma perspectiva neurológica, como fica a percepção corporal dos sujeitos amputados.

Na contramão dos citados estudos com enfoque quantitativo e, buscando complementar as pesquisas nacionais que se dedicaram à problemática da amputação de membros, esta dissertação objetivou construir uma discussão sobre os significados que os sujeitos amputados atribuem ao processo de mudança corporal, baseando-se no aporte teórico psicanalítico e na pesquisa qualitativa. Em especial, este trabalho debruçou-se sobre dois objetivos específicos: identificar a relação entre a cirurgia de amputação e o narcisismo, bem como descrever em que medida esse procedimento se articula com a imagem corporal.

O interesse em aproximar-se da realidade dos sujeitos submetidos à amputação de membros surgiu durante o período de especialização da pesquisadora, enquanto psicóloga residente de um hospital universitário, por meio de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde. O mesmo permitiu o contato e o conhecimento de uma gama de situações, patologias, diagnósticos e prognósticos os mais diversos e de diferentes complexidades. Nesse contexto, ressalta-se que houve um número significativo de sujeitos internados para submeter-se à cirurgia de amputação de membros.

Contudo, o acompanhamento a esses sujeitos acontecia apenas nos períodos pré e pós-operatório imediato. No primeiro, acompanhava-se a equipe médica durante o preparo pré-cirúrgico do sujeito, no qual eram explicadas as técnicas que seriam utilizadas e se escutava as demandas, dúvidas e angústias do sujeito diante da iminente perda do membro. Porém, esses momentos eram breves e percebia-se que não bastavam para que esses sujeitos, e também seus familiares, pudessem expressar os sentimentos e as incertezas referentes à amputação.

Já no pós-operatório imediato, era possível acompanhar os primeiros momentos após a cirurgia e ofertar escuta ao paciente no curto período que ainda permanecia internado. Esse tempo restrito de internação pós-cirúrgica se dava em função do alto risco de contrair infecções presentes no cenário hospitalar, por isso a liberação do paciente era prioridade.

Nesse momento, também era importante orientar familiares e cuidadores para melhor lidarem com essa nova situação imposta pela cirurgia de amputação, explicando possíveis atitudes e sentimentos que poderiam ser observados no sujeito devido às limitações concernentes ao procedimento. Essa nova condição é propulsora de incertezas e ansiedade não apenas para quem a vivencia, mas também para seus entes mais próximos e para os próprios profissionais da saúde. Estes últimos, especialmente os médicos e enfermeiros com os quais a pesquisadora teve contato, consideram a cirurgia de amputação um retrocesso e defendem a importância da prevenção e da manutenção adequada das doenças que podem levar à amputação.

Assim, quando a solução para minimizar o sofrimento físico de um sujeito é a retirada de uma parte de seu corpo, é como se isso revelasse um fracasso de ambos os lados, isto é, um fracasso da medicina preventiva e também do sujeito. Em outras palavras, por parte da equipe médica, é como se todas as tentativas anteriores à amputação tivessem sido em vão e, em contrapartida, há o paciente que “descuidou-se” de seu corpo e de sua saúde, seja por falta de informação, seja por negar suas próprias dores e seus sintomas, chegando ao ponto de perder algum membro.

Partindo disso, a impossibilidade de acompanhar esses sujeitos posteriormente à alta hospitalar e poder observar como acontece o processo de reintegração corporal pós-amputação, despertou o interesse em conhecer essa realidade e suas peculiaridades, mesmo após o término da Residência Multiprofissional. Assim, foi através da inserção no Mestrado que esse interesse pôde transformar-se em uma pesquisa, viabilizando a aproximação com o contexto de quem vivencia a amputação de membros, porém, em períodos distintos daquele restrito à internação hospitalar.

Desse modo, foi por meio dessa oportunidade que se ampliou a visão sobre a reabilitação desses sujeitos e sobre como lidaram com o processo de perda do membro e posterior reintegração corporal. Ainda, ressalta-se que este estudo, justamente por ter enfoque na saúde, enquadra-se nos pressupostos do programa de pós-graduação do qual faz parte, que visa contribuir na formação de profissionais mais capacitados, críticos e atuantes nessa esfera.

Os achados de pesquisas desenvolvidas em um Mestrado que se detém ao estudo e à contribuição de profissionais psicólogos na saúde são de grande valia para a comunidade científica aprimorar e aprofundar o conhecimento dentro dessa ampla área de atuação. Além disso, os próprios participantes das pesquisas são beneficiados com novos resultados que poderão auxiliar na forma de conduzir sua problemática e a compreender fenômenos, sentimentos e reações inerentes a cada situação.

Sendo assim, esta dissertação apresenta, primeiramente, uma breve construção teórica sobre o estatuto do corpo na Psicanálise e a importância do narcisismo no processo de constituição do eu. Em seguida, será abordada a construção da imagem inconsciente do corpo, enfatizando-a enquanto alicerce para a ação narcísica de unificação corporal.

Após essa seção inicial, os resultados advindos desta pesquisa estarão expostos por meio de 5 categorias que vão apresentar a análise dos dados, sendo elas: *Nunca se está preparado: o encontro com o desconhecido; O confronto com a falta: reconstruindo a própria imagem; Para além da perda do membro: a amputação como uma ferida narcísica;*

Quando o membro ausente faz sentir-se: uma leitura além das sensações e Quando a perda é necessária: a amputação como possibilidade de vida.

Para finalizar, há uma seção de considerações finais em que se fará uma retomada nos objetivos que nortearam esta construção e que também abrange os principais aspectos observados durante a elaboração desta dissertação. Ademais, na referida seção, será descrito o que se espera com os resultados obtidos neste estudo e as implicações dos mesmos, tanto para a comunidade científica quanto para os próprios sujeitos que vivenciam a experiência da amputação de membros.

CAPÍTULO I

DISCUSSÃO TEÓRICA

1.1 Corpo e Narcisismo: sobre o estatuto do corpo na Psicanálise

A problemática da cirurgia de amputação de membros e toda sua gama de implicações e repercussões psicológicas são perpassadas pela questão da construção subjetiva do corpo e do quanto um procedimento invasivo como esse pode influenciar diretamente nesse aspecto. É relevante apresentar, mesmo que de forma sucinta, os caminhos que a psicanálise percorreu na construção da concepção de corpo, através das prerrogativas Freudianas e das interlocuções construídas por autores contemporâneos. Em virtude disso, apresenta-se a seguir a concepção de um corpo subjetivo e modificado pela fala, cujo estatuto transcende o organicismo.

O corpo psicanalítico apresenta-se diferente de um corpo biológico, objeto de estudos médicos intervencionistas ou, um corpo estético, reduto da beleza corporal, corpo midiático e alvo da idealização das pessoas. Para a psicanálise, esse corpo é reconhecido como subjetivo, visto e apropriado pela teoria e clínica psicanalíticas. É um corpo que vai além das queixas de ordem somática e já não se reduz ao conceito de organismo, é um todo em funcionamento perpassado pela história de cada sujeito (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2006).

Contudo, essa concepção de um corpo subjetivo não estava presente desde o início na teoria psicanalítica, mas foi construída na medida em que os estudos Freudianos avançavam no campo da histeria. Tais estudos conduziram a pensar em um corpo possivelmente afetado pela linguagem, distanciando-se do discurso inerente à medicina e à neurologia que referiam um corpo exclusivamente anatomopatológico. Freud passou, então, a se aproximar dos conceitos de inconsciente, sexualidade e pulsão (Rodrigues & Prizkulnik, 2011).

As mesmas autoras esclareceram que o tratamento de mulheres históricas trouxe a constatação de que elas mostravam em seus corpos algo que diziam de si mesmas, cuja manifestação se dava pela via do sintoma. O psiquismo da histerica afetava diretamente seu corpo, o que se evidenciava através da conversão, que ocorre quando o corpo tenta expressar aspectos psíquicos seguindo as leis de um desejo inconsciente de ordem sexual.

Sobre o processo de conversão, Laplanche e Pontalis (2001) explicaram que o mesmo consiste em tentar resolver conflitos psíquicos através de sintomas somáticos, que podem ser motores (paralisias) ou sensitivos (dores em determinados locais do corpo ou sensação de

anestesia). Para a psicanálise, esses conflitos de ordem psíquica são essenciais e constitutivos do sujeito e se definem por exigências internas de forças contrárias, isto é, ocorre quando um desejo e uma exigência moral, por exemplo, são opostos.

Logo, na conversão, conforme estava sendo explicado, em que há a transposição de um conflito para o nível somático, o que acontece é de caráter econômico e também simbólico. Isso significa que a libido, uma vez desligada da representação que foi recalçada, torna-se uma energia de inervação. Em outras palavras, “a energia libidinal se converte em inervação somática” (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 103).

Mas o aspecto mais importante desse processo de manifestação do sintoma no corpo é o fato de que na conversão há sempre uma significação simbólica, ou seja, o corpo vai exprimir as representações que foram anteriormente recalçadas e deformadas pelos mecanismos de condensação² e deslocamento³ (Laplanche & Pontalis, 2001). É em decorrência disso que a história pessoal tem grande importância nesse prisma da conversão histórica, devido à significação simbólica presente nesse fenômeno, o que é proveniente de eventos da vida pregressa de cada paciente (Rodrigues & Prizskulnik, 2011).

Observa-se, assim, que o termo “conversão” e os primeiros estudos Freudianos sobre a histeria estão relacionados e, consultando a obra *Estudos sobre a Histeria* (1893), na parte dedicada à explicação do processo conversivo, o autor mencionou que, nesse caso, o afeto original é descarregado por um processo anormal liberado pela lembrança. Isso significa que o excesso de excitação decorrente dessa ideia afetiva será convertido em algum fenômeno somático. Assim, essa grande quantidade de excitação veio a ser chamada de trauma psíquico, evento que libera o afeto original e culmina na conversão somática.

Diante disso, para que haja uma melhor compreensão desses conceitos de afeto original e trauma psíquico cuja relevância na obra Freudiana é indiscutível, cabe retomar Laplanche e Pontalis (2001), que se debruçaram sobre isso e explicaram a noção de afeto enquanto qualquer estado afetivo, podendo ser penoso ou desagradável. Esse estado vem a ser a expressão da quantidade de energia pulsional, bem como a expressão de suas variações.

² Freud definiu o mecanismo da condensação como um dos modos essenciais de funcionamento dos processos inconscientes. Foi através da interpretação dos sonhos, que esse mecanismo se evidenciou, embora também seja essencial na técnica dos chistes, lapsos e esquecimentos de palavras. Pode-se explicar a condensação pelo fato de que uma única representação pode representar muitas cadeias associativas e é justamente na interseção entre elas que a condensação encontra-se. (Freud, 1900/1996; Laplanche & Pontalis, 2001).

³ De maneira análoga ao mecanismo de condensação, o deslocamento foi elucidado por Freud através dos sonhos e se encontra em todas as formações do inconsciente. Esse processo pode ser percebido quando uma energia tem investimentos suscetíveis de desligarem-se das representações e deslocarem-se por cadeias associativas. É através do deslocamento que a figurabilidade é facilitada, isto é, há uma passagem de uma ideia abstrata para um equivalente possível de ser visualizado (Freud, 1900/1996; Laplanche & Pontalis, 2001).

Percebeu-se, assim, que a origem do sintoma histérico advém de um trauma cuja descarga não é adequada. E somente por meio da evocação da recordação é que há a revivescência do afeto originalmente ligado ao evento traumático.

Quanto ao trauma, observa-se que esse conceito ganha dois momentos na obra Freudiana, constituindo a primeira e a segunda teoria do trauma, sendo que a primeira foi paralela aos estudos dos mecanismos da conversão e será abordada a seguir. Já a segunda teoria do trauma será mencionada posteriormente nesta seção teórica.

Com relação ao primeiro conceito de trauma, Freud (1915/1996) o elucidou enquanto uma experiência ou fato externo que, ao interiorizar-se, permanece no psiquismo como se fosse um “corpo estranho”, isto é, alheio à consciência. Aqui, o que é considerado é o fato que desencadeou o trauma, ou seja, a realidade desse fato. Além disso, é importante salientar que o trauma só tem seu efeito *a posteriori*, ou seja, há um primeiro tempo em que um fato causa grande impacto no psiquismo e um segundo tempo no qual um acontecimento novo evoca o primeiro (Laplanche & Pontalis, 2001).

Essa questão ganhou maior expressão e compreensão na obra Freudiana a partir do momento em que, ouvindo uma histérica, seu discurso trouxe à tona uma cena precoce de sedução por parte de um adulto, o que se transformaria num trauma psíquico recalcado. Foi através de um caso de histeria de conversão, o *Caso Dora*, em 1905, que Freud falou, pela primeira vez, sobre como se dá esse processo.

Nesse estudo, o autor observou que a palavra proveniente da paciente mostrava um modo de organização da sexualidade referente a experiências precoces, quando o sujeito ainda é imaturo sexualmente. Isto é, as cenas trazidas pelas mulheres tratadas narravam sempre uma experiência de caráter sexual. Logo, culminavam em um núcleo patogênico cujos efeitos só se dariam posteriormente em experiências que reatualizariam o passado (Lazzarini & Viana, 2006).

A cena precoce referida por Freud foi o centro da primeira teoria da sedução, proposta por ele entre 1895-97. Essa teoria referia-se a uma cena real ou fantasística na qual uma criança sofre sedução por parte de um adulto. A sedução pode ser através de propostas, palavras ou até gestos sexuais. Nota-se que a criança ainda não tem preparo para responder a essas manobras sexuais, por isso, age de maneira passiva diante da sedução do adulto. E, segundo Laplanche e Pontalis (2001), foi exatamente nos casos clínicos de histeria que Freud descobriu a importância da sedução do adulto para com a criança.

Essa elucidação encontra-se no texto *A psicoterapia da histeria* (1895/1996), quando Freud pontuou que o sujeito, nesse momento, ainda criança, não apresenta condições de atribuir algum sentido a essa sedução por parte do adulto. Desse modo, será na puberdade que essas experiências vão adquirir significação de maneira retroativa, isto é, irão se reorganizar através de associações atuais.

Assim, o que estava sem sentido, passa a adquirir um significado sexual, que, por sua vez, será submetido à ação do recalque cujo objetivo será impedir a lembrança do primeiro evento, através da formação de um sintoma (Freud, 1895/1996). Nesse prisma, entram as experiências sexuais infantis descobertas nos casos de histeria, inicialmente pensadas como cenas de sedução e abuso decorrentes de um adulto para com a criança.

Posteriormente, através da continuidade do tratamento, foi percebido que essas cenas tratavam-se de fantasias construídas pelas histéricas, ou seja, o que elas relatavam não era uma cena real, mas sim fantasística (Freud, 1895/1996). Isso significa que o fato real, tão valorizado por Freud num primeiro momento, perdeu sua importância, e o que ganhou expressão foi a realidade psíquica dessas mulheres.

Através dessa constatação, veio à tona a influência da realidade psíquica sobre o corpo e o quanto a conversão na histérica demonstrava essa ideia. Com isso, destaca-se o momento do abandono da teoria da sedução e a descoberta de que as cenas de sedução podem ser reconstruções fantasísticas, elemento inerente à constituição da sexualidade infantil, outro ponto de fundamental importância na teoria psicanalítica, que será desenvolvido posteriormente nesse texto (Laplanche & Pontalis, 2001).

Mais tarde, com a elaboração da segunda teoria sobre a etiologia da histeria cujo foco eram essas fantasias inconscientes, a sexualidade introduzida como traumática perdeu esse aspecto. Porém, a sedução à criança permaneceu arraigada aos cuidados maternos, como o toque, a amamentação, as carícias e o olhar. Nesse momento, tornou-se clara a importância desses cuidados para a constituição psíquica da criança, tendo em vista que o processo de erogeneização corporal será um alicerce da construção egoica, gerando uma grande quantidade e intensidade de excitação que buscará vias para sua satisfação (Lazzarini & Viana, 2006; Viana, 2004).

Assim, foi através dessa prática clínica com mulheres histéricas que Freud passou a construir o estatuto do corpo na psicanálise, referindo que este não poderia mais ser regulado pelos preceitos da medicina e da anatomia. Isso ficou claro no texto *Fragments da Análise de Um caso de Histeria*, quando Freud (1901/1996) afirmou que “não mais precisamos buscar

a chave do problema da histeria numa labilidade peculiar das moléculas nervosas ou numa suscetibilidade aos estados hipnoides, mas numa complacência somática” (p. 48).

Segundo a visão de Laplanche e Pontalis (2001) sobre essa importante colocação de Freud, a complacência somática refere-se à escolha do órgão sobre o qual vai acontecer a conversão. Órgão esse que está diretamente ligado à expressão simbólica do conflito de ordem inconsciente, conforme já foi aqui pontuado, fornecendo meios para sua interpretação.

Por essa razão, essa escolha está ligada à história pregressa de cada paciente e todo seu processo de erogeneização corporal, deixando claro que, ao longo da história sexual de cada sujeito, o investimento libidinal pode ser deslocado para outra parte do corpo. Quando isso ocorre, essas partes, por já serem consideradas zonas erógenas, estão ainda mais aptas a significarem os desejos que foram recalcados (Laplanche & Pontalis, 2001).

Percebe-se, então, que é através dessa complacência somática que os processos inconscientes encontram uma forma de manifestação no próprio corpo. Corpo esse, que apresenta o poder de expressar o que foi anteriormente recalcado (Laplanche & Pontalis, 2001). Complementando isso, Birman (2011) compreendeu que na etiologia da histeria, em Freud, a temática fundamental passa a ser a história pessoal, a constituição do sujeito durante a sua história, ou seja, a noção de adquirido passa ao primeiro plano na teoria das neuroses e logo substitui a noção de inato.

Diante disso, abriu-se uma ruptura com a visão médica da época e delineou-se outra leitura sobre a corporeidade, devido a essa observação da realidade psíquica e sua ação sobre corpo da histérica, conforme explicado anteriormente. Surgiu então, desse trabalho clínico, um corpo psicanalítico marcado pelo desejo inconsciente, pela sexualidade, e evidenciado pelo atravessamento da linguagem (Lazzarini & Viana, 2006).

Posto isso, foi através dessas constatações sobre a influência do psiquismo sobre o corpo e da importância dos conteúdos inconscientes na formação dos sintomas que Freud rompeu definitivamente com o organicismo, revelando uma interconexão entre as experiências psíquicas e o corpo orgânico. Com isso, ele mostrou que o que se pode visualizar na esfera física não se refere apenas a uma desorganização orgânica, mas também a um abalo de ordem psíquica.

E foi nesse contexto de observações referentes aos processos inconscientes e toda sua importância para a psicanálise que Freud formalizou o inconsciente como determinante no psiquismo, principalmente ao publicar *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1996), onde teorizou sobre as leis e efeitos do inconsciente no campo dos sonhos e sintomas. Quanto a

isso, no texto *A Relação dos Chistes com os Sonhos e o Inconsciente*, Freud (1905/1996) apontou que:

O inconsciente é algo que realmente não conhecemos, mas que somos obrigados a admitir através de compulsivas inferências; compreenderam-no como algo capaz de tornar-se consciente embora não estivesse sendo pensado em tal momento, não ocupasse o ponto focal da atenção [...] a ação deste desejo inconsciente sobre o material conscientemente racional dos pensamentos oníricos produz o sonho (p. 153).

Essa colocação demonstra que foi através do estudo dos sonhos que se deu, por excelência, a teorização sobre o inconsciente, pois os mecanismos presentes nos sonhos (deslocamento, condensação e simbolismo) são percebidos, também, nos atos falhos e lapsos (Laplanche & Pontalis, 2001). Retomando Freud, foi com a publicação do texto *O Inconsciente*, de 1915, que ele defendeu a suposição da existência do inconsciente enquanto necessária e legítima.

O autor explicou que tanto em pessoas saudáveis quanto em doentes, há atos psíquicos que só podem ser entendidos e explicados através da suposição de outros atos, dos quais não se tem conhecimento algum e a consciência não oferece provas. Além disso, ressaltou que o conteúdo que é da consciência é muito pequeno, isto é, o que chamamos de conhecimento consciente deve ter permanecido por um longo período de tempo em estado de latência ou psiquicamente inconsciente (Freud, 1915/1996).

Assim, o termo “inconsciente” pode ser explicado sob duas perspectivas dentro da obra Freudiana, ou seja, pelo ponto de vista descritivo e também no sentido tópico. No primeiro, tem-se o inconsciente enquanto o conjunto de conteúdos que não fazem parte do campo da consciência e, o segundo, refere-se à primeira teoria do aparelho psíquico proposta por Freud (primeira tópica Freudiana) na qual designou o inconsciente enquanto um sistema. Nesse sistema encontram-se elementos fundantes do inconsciente, transmitidos na relação primária, e também os conteúdos que foram recalcados cujo acesso aos sistemas pré-consciente e consciente lhes foi impossibilitado (Laplanche & Pontalis, 2001), conforme exposto acima.

No inconsciente, não há negação de nenhum conteúdo, nem dúvidas, tampouco certezas em relação a algo. Nele, só existem conteúdos carregados de catexias com maior ou menor força. Os processos desse sistema não são ordenados temporalmente, ou seja, são chamados de intemporais, assim como também estão sujeitos ao princípio do prazer, pouco atentos à realidade (Freud, 1915/1996). Posteriormente, no texto *O Ego e o Id*, Freud

(1923/1996) destacou que a divisão do que constitui ato psíquico consciente e inconsciente é fundamental para a psicanálise, tornando possível a compreensão dos processos patológicos da mente.

Além disso, outro fator importante sobre o sistema inconsciente é o de que seus conteúdos são representantes das pulsões, regidos pelos processos de deslocamento e condensação que, investidos de energia pulsional, tentam retornar à consciência. Porém, esse retorno só acontece após a censura ter deformado esses conteúdos, para que possam ressurgir no sistema pré-consciente e consciente (Laplanche & Pontalis, 2001).

Percebe-se, tendo em vista a postulação do inconsciente enquanto ponto fundamental para a teoria psicanalítica, o quanto essa constatação trouxe a público o entendimento de que o que se observa manifesto no corpo pode ser uma encarnação de conteúdos recalçados. Conteúdos esses que, por meio dos sintomas, encontram no próprio corpo sua via de expressão, revelando a interface existente entre o corpo orgânico e o psiquismo.

Essas observações levaram Freud a postular não apenas sobre a existência do inconsciente, mas o fizeram ir mais longe, pois foi através dos conteúdos trazidos por suas pacientes histéricas que ele passou a esboçar, também, a noção de sexualidade infantil e a teorizar sobre pulsões e seu funcionamento. Logo, foi na escuta dessas mulheres que o inconsciente e a sexualidade foram tomando corpo na psicanálise e a pulsão foi delineando-se e demarcando sua importância.

Destaca-se que a histeria condensou corpo, inconsciente e sexualidade, dando provas do caráter pulsional, desejante e sexual de um corpo histórico. E foi justamente a postulação da sexualidade infantil que causou uma revolução, pois se constatou que as crianças também são sexualizadas enquanto permeadas por pulsões sexuais (Viana, 2004).

Nesse contexto, a primeira teoria pulsional e a definição de pulsão foram abordadas no texto *As Pulsões e Destinos das Pulsões*, em 1915, sendo que a pulsão foi definida como o que está entre a fronteira do mental e a do somático, como um representante psíquico de estímulos provenientes do próprio organismo. Nesse mesmo texto, observa-se a explicação de algumas características importantes no tocante às pulsões, tais como: finalidade, objeto e fonte.

Por finalidade, ele pontuou que toda pulsão busca satisfação, o que só pode ser alcançada quando se elimina a estimulação na fonte da pulsão. Há diferentes caminhos que conduzem à finalidade, o que acarreta que a pulsão tenha várias finalidades próximas ou intermediárias, combinadas umas com as outras.

Por objeto, Freud (1915/1996) denominou que consiste em algo que proporciona o alcance de sua finalidade, ou seja, é algo por meio do qual se atinge o propósito final. Ressalta-se que o objeto pode variar inúmeras vezes ao longo de sua existência e, também, pode ocorrer que o mesmo objeto se proponha à satisfação de várias pulsões concomitantemente. Já a fonte, segundo o mesmo texto, consiste em um processo somático ocorrido em alguma parte do corpo ou algum órgão, sendo que seu estímulo será representado, na mente, por uma pulsão.

Além disso, nesse mesmo texto, Freud propôs o primeiro dualismo pulsional, ou seja, a existência de dois grupos de pulsões, que seriam as pulsões do ego e as pulsões sexuais ou autopreservativas (Freud, 1915/1996). Nessa publicação, por se tratar da primeira teoria pulsional, fica claro que essa ideia ainda não consistia em um postulado e sim numa hipótese a ser explorada.

Sobre essa dualidade pulsional, Lazzarini e Viana (2006) apontaram que as pulsões sexuais se referem ao campo dos objetos e que as pulsões de autoconservação condizem ao campo do eu. Nesse momento ele propunha que o interesse do sujeito na sua autoconservação regularia o eu. Porém, a pulsão não se localizava no corpo somático, mas era proveniente dele, sem poder a ele ser reduzida.

Em outras palavras, as pulsões sexuais se constituem apoiando-se nas pulsões de autoconservação, embora, mais tarde, ambas se tornem opostas. Já em 1910 essa oposição se reforça, pois as pulsões de autoconservação são denominadas de pulsões do eu. Em 1911, Freud evidenciou melhor o conflito pulsional, explicando que as pulsões sexuais são regidas pelo princípio do prazer, o que faz com que a busca pela satisfação seja através de um objeto fantasmático. Já as pulsões do eu são regidas pelo princípio da realidade e precisam de um objeto real para alcançar sua satisfação (Viana, 2004).

Nessa esfera, a busca de satisfação pulsional vista já no lactente foi publicada por Freud no texto *Três Ensaios sobre a Sexualidade*, de 1905, demonstrando a interface entre a teorização da sexualidade infantil e as pulsões e suas funções essenciais. Foi nesse artigo que Freud elucidou manifestações da sexualidade na criança, apontando como exemplo o chuchar (sugar com leite) que, num primeiro momento aparece no lactente e pode perdurar por toda a vida. Essa ação do bebê se caracteriza por um sugar rítmico que se faz com a boca sem qualquer propósito de alimentação.

O ato de sugar o seio, além de ser uma característica dessa sexualidade infantil, também é uma das funções somáticas vitais na qual começaria o movimento de sugar.

Ressalta-se que a necessidade de repetir essa satisfação de ordem sexual não apresenta objetivos de nutrição, mas sim, há uma busca de satisfação da zona erógena, neste caso, os lábios, por isso o chuchar. Desse modo, é possível perceber que o que antes era interpretado como algo puramente biológico ou instintual passou a ser compreendido enquanto pulsional, que busca continuamente uma nova satisfação (Freud, 1905/1996).

Diante disso, observa-se que nessa fase a sexualidade ainda não conhece nenhum objeto sexual externo e tem o alvo sexual dominado por uma zona erógena, que, segundo o autor, é uma parte de pele ou de mucosa oral ou anal que geram sensações prazerosas conforme o tipo de estimulação à qual são submetidas (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2006).

Dessa forma, percebe-se a ausência de unificação pulsional, por conta de que o corpo ainda não está submetido ao primado da genitalidade e da unificação das pulsões. Essa perspectiva veio a permitir a emergência do conceito de corpo autoerógeno, corpo esse fragmentado, representado e investido sexualmente através da dimensão erógena de algumas de suas partes (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2006).

Logo, essa sexualidade é definida como autoerótica e não é direcionada a um objeto externo, significando que as pulsões, aqui, encontram-se esparsas em partes do corpo e buscam satisfação nele mesmo (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2010). Essa busca de satisfação no próprio corpo constitui o que Freud definiu como autoerotismo, que começou a ser mencionada em sua obra *Totem e Tabu*, Freud (1912/1996) enquanto o período no qual são percebidas manifestações das pulsões sexuais desde muito cedo.

Contudo, essas manifestações ainda não são direcionadas aos objetos externos, e o prazer e a satisfação acontecem por meio das zonas erógenas e de forma fragmentada. Isso mostra que a dimensão do sexual está centrada numa determinada região corporal do sujeito, em que fonte e objeto de satisfação se fundem (Freud, 1912/1996).

Além das características já citadas, o autoerotismo implica um período no qual não há uma referência de imagem unificada de corpo ou do ego. Aqui, não existe, ainda, um objeto externo determinado para que ocorra o investimento, isto é, o autoerotismo surge antes mesmo que se estabeleça qualquer tipo de relação com um objeto. As pulsões, nessa fase, se satisfazem de forma parcial e fragmentada, sem que exista uma noção de conjunto ou a busca por um objeto externo (Laplanche & Pontalis, 2001).

Diante disso, é importante salientar que, do autoerotismo, ou seja, da fase anárquica das pulsões, se atinge uma convergência de pulsões parciais que visam a um objeto comum,

que seria definido como a ação psíquica denominada narcisismo. Em outras palavras, há uma passagem de registros de dispersão pulsional para uma unidade, permitindo a unificação da imagem corporal e do eu, enquanto separado do outro. O narcisismo seria entendido como uma etapa que prepara para o investimento no objeto, estaria entre o autoerotismo e a escolha objetal (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2010).

Percebe-se que o narcisismo começou a surgir tangencialmente na obra Freudiana após o entendimento do autoerotismo enquanto fase que o precede, ou seja, a unificação do eu vai tomando forma e o estatuto do corpo igualmente se delineando para a psicanálise. Para Lazzarini e Viana (2006), ao articular essa teoria, Freud deu início a uma verdadeira revolução na concepção de corpo, que começou alicerçado no corpo soma e culminou na noção de corpo erógeno.

Elia (1995) conferiu ao narcisismo o conceito de assumir a imagem do seu próprio corpo e identificar-se com ela, o que, para Freud, não é inato, mas constitui-se por meio dessa identificação com o corpo como próprio. O autor seguiu sua ideia discorrendo que:

O narcisismo introduz o sujeito numa tensão mortífera (ou eu ou o outro), cuja pacificação só pode ser dada pela mediação simbólica garantida pelo desdobramento da alteridade: o outro do eu, no narcisismo, não é apenas um outro semelhante ao eu [...] mas também uma ordem simbólica, impessoal que estrutura o inconsciente e o desejo e que permite a superação do conflito mortífero engendrado na luta de morte pelo reconhecimento. (Elia, 1995, p. 123)

Desse modo, cabe aqui deter-se um pouco mais no percurso que o termo “narcisismo” e seu conceito surgiram em Freud antes de 1914 e, para tal, buscou-se o que alguns autores comentaram a respeito. Quanto a isso, Laplanche e Pontalis (2001) e Garcia-Roza (2011) esclareceram que o primeiro uso do termo datou de 1909, em reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, conceituando-o como um estágio entre o autoerotismo e o amor objetal, ou seja, o narcisismo seria um estado intermediário da evolução sexual.

Já nas obras Freudianas, esse termo apareceu em 1910, na segunda edição dos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, em uma nota de rodapé para explicar a escolha objetal no homossexualismo. Esta última se daria pela escolha de si mesmo enquanto objeto de amor e pela busca em pessoas semelhantes alguém para amar tal qual sua mãe o amou. Porém, é somente no texto *Sobre o Narcisismo: uma introdução* que Freud vai conceituar o termo baseado nos investimentos libidinais (Laplanche & Pontalis, 2001; Garcia-Roza, 2011).

Garcia-Roza (2011) explicou que, posteriormente, o termo narcisismo foi explorado em textos como *Leonardo Da Vinci*, de 1910, *Caso Schreber*, em 1911, e no capítulo III de

Totem e Tabu, sendo que, neste último, Freud (1912/1996) sinalizou o conceito e o mecanismo, explicando:

O sujeito comporta-se como se estivesse amoroso de si próprio [...] embora ainda não estejamos em posição de descrever com exatidão suficiente as características dessa fase narcisista, na qual os instintos sexuais até então dissociados se reúnem numa unidade isolada e catexizam o ego como objeto, já temos motivos para suspeitar que essa organização narcisista nunca é totalmente abandonada. Um ser humano permanece até certo ponto narcisista mesmo depois de ter encontrado objetos externos para sua libido [...]. (p.99)

Mais adiante, é nessa mesma obra que Freud constrói uma analogia entre narcisismo primário e a fase animista da humanidade. Sobre isso, o autor comentou que nessa fase animista, cuja essência é a crença em almas e demônios, os homens atribuíam a si mesmos a onipotência dos pensamentos e havia uma supervalorização dos atos psíquicos pelos povos primitivos (tal qual ocorre com os neuróticos), que acreditavam que seus pensamentos poderiam exercer total influência no mundo externo, até modificá-lo conforme seus desejos (Freud, 1912/1996).

A existência dessa onipotência dos pensamentos é uma prova do narcisismo e complementa que, a partir disso, pode-se fazer uma comparação das fases de desenvolvimento libidinal com as próximas duas etapas que sucedem a onipotência dos pensamentos. Assim, na fase religiosa, tudo era atribuído aos deuses, o que permite uma comparação com o investimento libidinal em objetos externos. Já a renúncia ao princípio do prazer e o alcance da maturidade dos sujeitos, seria correspondente à fase científica, na qual os sujeitos se ajustam à realidade e se voltam para o mundo e os objetos externos (Freud, 1912/1996).

Embora o termo narcisismo tenha surgido nesses textos e tenha ganhado maior destaque a cada publicação, foi somente em 1914 que o conceito de narcisismo surge com maior expressividade, explicado como necessário para a constituição da subjetividade e como condição para a formação do eu, e não mais como pura perversão de escolher a si mesmo (o próprio corpo) enquanto objeto de amor (Garcia-Roza, 2011).

Isso significa que a constituição psíquica de ordem perversa e polimorfa faz com que os aspectos perversos ganhem importância nesse cenário, pois Freud percebeu que havia uma dimensão perversa própria do desenvolvimento psíquico normal. Logo, tomar a si próprio enquanto objeto de amor constitui o chamado narcisismo primário, que, mais especificamente, é o investimento precoce que a criança faz de toda a sua libido em si mesmo, o que é fundamental para a constituição do eu (Garcia-Roza, 2011).

Em outras palavras, seria o primeiro narcisismo, estado anterior às escolhas de objetos externos. Essa fase estaria localizada entre o autoerotismo primitivo e o amor objetual, também concomitante ao surgimento do ego. Mais tarde, ainda na obra Freudiana, com os estudos da Segunda Tópica, o autor elucida que o narcisismo primário é anterior ao aparecimento do ego, seria o primeiro estado da vida cujo protótipo seria a vida dentro do útero (Laplanche & Pontalis, 2001).

Esse estado seria totalmente anobjetual, o que, sob a ótica dos mesmos autores, seria um equívoco, pois terminologicamente dizer que esta fase não dispõe de um objeto vai de encontro à ideia de que há uma referência a uma imagem de si mesmo, um investimento em si mesmo no narcisismo. Garcia-Roza (2011) também comentou a analogia do narcisismo primário ao autoerotismo, defendendo que, neste último, ainda não há um eu e, para que o narcisismo se cole a essa fase, é imprescindível a presença do eu, para que o termo em si faça jus ao seu conceito.

Quanto a isso, de acordo com o que já foi abordado anteriormente, destaca-se que no autoerotismo não há uma unidade ou uma representação total do corpo, faltando, nessa fase, o eu e a representação que cada indivíduo faz de si mesmo. Representação essa que é instituída pelo narcisismo.

Ainda para Garcia-Roza (2011), nesse estado de narcisismo primário, pode-se dizer que o eu é como um reservatório de libido e único objeto de investimento. Mais tarde, essa libido entendida como narcísica passa a ser direcionada aos objetos externos e torna-se, então, libido objetual, isto é, aqui, o investimento será direcionado a objetos externos. Essa fase corresponde ao narcisismo secundário que, conforme complementam Laplanche e Pontalis (2001), seria o retorno para o ego de toda a libido retirada de objetos externos, conceito muito usado para explicar determinados estados psicóticos.

De maneira mais detalhada, Freud (1914/1996) em *Sobre o Narcisismo: uma introdução*, explicou que, nesses casos de psicoses, há um desvio total do investimento de objetos externos, pessoas e coisas, o que já não ocorre em neuróticos. Nesses últimos, há sim um abalo na relação com a realidade externa enquanto a doença perdura, mas há uma manutenção de relações eróticas com pessoas e coisas, mesmo que na fantasia, através de substituição de objetos imaginários por objetos reais, ou até mesmo misturando-os.

Na esquizofrenia, por exemplo, essa manutenção das relações não acontece e há uma retirada das catexias objetuais do mundo externo (pessoas e coisas) e não há uma substituição no campo da fantasia. Essas catexias, uma vez retiradas de objetos externos, são totalmente

reinvestidas no próprio ego da pessoa, indicando o conceito de narcisismo secundário, já explicado acima (Freud, 1914/1996).

Entretanto, sem considerar e comparar neuroses e psicoses, mas somente o ponto de vista erótico, Gracia-Roza (2011) esclareceu que pode haver investimentos concomitantes. Mais especificamente, isso significa que não há um abandono completo de investimento objetal ou de investimento do eu, sendo que este permanece como um reservatório de libido e mantém sempre um nível mínimo.

Sobre isso, retomando Freud (1914/1996), pode ser observado o momento no qual ele percebe que há uma antítese entre a libido objetal e a libido do ego, isto é, a diminuição de uma implica o aumento de outra. Além disso, o autor complementou que, o auge da libido objetal pode ser percebida nos estados de apaixonamento, nos quais há um super investimento nas catexias objetais.

Nesses casos, também há momentos de retirada da libido do objeto externo de amor e retorno ao ego, o que ocorre quando o sujeito se encontra enfermo, suscetível devido a acometimentos orgânicos. Após essa retirada de libido há o movimento de retorno, mas isso ocorre somente quando o indivíduo se recupera de sua enfermidade e, sobre isso, Freud (1914/1996) explicou que o sujeito “enquanto sofre, deixa de amar”. (p. 89).

Padilha Netto e Cardoso (2012) destacaram que, nesse momento, instaurou-se uma notável reviravolta com a postulação da teoria do narcisismo. Isso porque o ego passou a ter sua constituição totalmente inserida em uma problemática sexual, ou seja, para que o ego se constitua, é necessário que seja alvo de investimentos libidinais. E os mesmos autores complementaram que, se em momentos anteriores da obra Freudiana, a pulsão ameaçava o ego, agora ela é essencial para sua constituição.

A postulação do narcisismo e a modificação que ele causou no primeiro dualismo pulsional – mostrando que o ego é sexualizado e que, então, as pulsões de autoconservação são também sexuais – abriram caminho para a construção do segundo dualismo pulsional. Assim, foi nesse contexto que surgiu a segunda teoria pulsional que marcou a dualidade entre as pulsões de vida e as de morte. Essa última teoria entrou em cena em 1920, em *Além do Princípio do Prazer*, modificando a função e a situação das pulsões no conflito psíquico, ou seja, houve a unificação das pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação nomeadas como pulsões de vida, cuja energia seria a libido (Padilha Netto & Cardoso, 2012).

Entre o primeiro e o segundo dualismo pulsional nota-se o elemento sexual comum em ambas. Mais especificamente, na primeira teoria, a pulsão sexual tem como fonte a excitação

proveniente de zonas erógenas do corpo. Já na segunda teoria, a pulsão sexual é uma força inerente ao organismo (Laplanche & Pontalis, 2001; Padilha Netto & Cardoso, 2012).

Ainda, nota-se que os dois grandes tipos de pulsões são apontados como princípios fundamentais que regulam o funcionamento do organismo, e não mais propostos enquanto uma motivação do mesmo, como na primeira teoria. A pulsão de morte surge como o que se contrapõe às pulsões de vida, tendendo para a redução total das tensões, isto é, é uma tendência de todo o ser a voltar ao estado anorgânico e igualizar radicalmente as tensões (Laplanche & Pontalis, 2001).

No entendimento desses autores, o que realmente ficou destacado, através desse conceito de pulsão de morte, é o que há de mais fundamental na pulsão, isto é, o retorno a um estado anterior de repouso absoluto. E isso seria o princípio de qualquer pulsão.

Já as pulsões de vida não constituem apenas o contraponto às pulsões de morte, mas compreendem as pulsões sexuais e ainda as pulsões de autoconservação do sujeito. Tendem a conservar as unidades vitais existentes, ao contrário das pulsões de morte, que visam à destruição dessas unidades. Além disso, debruçando-se sobre as últimas formulações Freudianas sobre as pulsões de vida, há o entendimento de que há um princípio que rege as mesmas, que seria a ligação – uma operação que tende a limitar o escoamento das excitações e a ligar as representações entre si – cujo objetivo seria instituir e conservar unidades (Laplanche & Pontalis, 2001).

Isso se contrapõe ao objetivo das pulsões de morte, que seriam, nesse ponto, dissolver os agregados e destruí-los. E os mesmos autores complementaram que, nesse dualismo pulsional, é a pulsão de morte que se torna demoníaca e propriamente pulsional, enquanto a sexualidade se relaciona com a ligação, ou seja, com as pulsões de vida. Isso mostra o paradoxo com a primeira postulação, na qual a sexualidade surgia enquanto uma força disruptora em sua essência.

Percebe-se, assim, que *Além do Princípio do Prazer* veio para dar conta da violência presente na subjetividade humana, trazendo o conceito de pulsão de morte. Em decorrência da observação dessa dimensão demoníaca das pulsões de morte, a teoria do trauma de 1895, apresentada anteriormente nesse texto, foi revista. Nesse momento, em 1920, quando publicou o texto indicado acima, Freud explicou o trauma sob uma perspectiva mais econômica e demonstrando sua característica desestruturante. Ele elucidou que diante de um grande acúmulo de excitação, o psiquismo não tem possibilidades para reagir. Logo, a elaboração psíquica é impossibilitada de acontecer.

O excesso de excitação não tolerado pelo sujeito e a conseqüente impossibilidade egoica de representação são indissociáveis e, por conta disso, o evento traumático causará transtornos e efeitos patogênicos na organização psíquica. Logo, o corpo em Freud pode ser pensado como habitado tanto pelo pulsional violento e mortífero quanto pelo pulsional ligado à sexualidade (Laplanche & Pontalis, 2001).

Fernandes (2006) sustentou que, para a Psicanálise, o corpo não se confunde com o organismo biológico. O corpo aparece como um lugar onde se dão as relações entre o psíquico e o somático e a racionalidade que rege o primeiro se fundamenta no encontro entre o sujeito e a trama das relações parentais que constroem o psíquico sob o primado da erogeneidade. Lazzarini e Viana (2006) corroboraram essa ideia ao discorrer que é somente como corpo pulsional que o corpo pode ser autoerógeno e narcísico. A pulsão seria, assim, não apenas a origem, mas também um dos fundamentos do sujeito.

Segundo Padilha Netto e Cardoso (2012), através do estudo das pulsões é que houve uma revolução na compreensão da sexualidade humana, diferenciando pulsão sexual de instinto sexual e deixando claro que a primeira não é restrita às funções sexuais biológicas. A pulsão, no ponto de vista Freudiano, é função primordial no funcionamento do aparelho psíquico. E, ainda, Viana (2004) complementou que as pulsões formam a matéria-prima do corpo para a psicanálise.

Aliado ao exposto, ressalta-se a importância dada por Freud ao narcisismo primário como fundamental para o psiquismo e através do qual a criança se reconhece enquanto unidade imaginária por meio do olhar materno. Tem-se o início da organização da imagem corporal e o momento da disjunção entre o eu e o corpo da mãe (Breda, 2007). É através do outro que a unidade do corpo é antecipada e pré-figurada e o eu é visto como essencialmente corporal (Lazzarini & Viana, 2006).

Essa assertiva é corroborada por Freud (1923/1996), quando conceituou o ego (eu) como uma projeção mental da superfície do corpo e derivado das sensações corpóreas dela originadas. Assim, o ego, para Freud (1923/1996), é “uma extensão da diferenciação de superfície” (p. 38), cujo papel é substituir o princípio do prazer (irrestrito no id) pelo da realidade.

Pode-se observar, então, segundo Lazzarini e Viana (2006), que o corpo psicanalítico é regido por duas racionalidades, isto é, pelo que é proveniente do somático e pelo que é do psíquico. Sua inovação foi postular que essa dupla racionalidade é articulada pelo desejo

inconsciente, cujo local de leitura é no próprio corpo, fato que modificou a compreensão do corpo para a psicanálise, conforme já indicado neste texto.

Freud (1923/1996) apontou que o corpo e, mais especificamente, sua superfície, é um lugar de onde derivam sensações tanto internas quanto externas. Isto é, o ego seria nuclearmente pré-consciente, mas também com uma parte inconsciente, ou seja, o ego não está totalmente alheio ao id, pois há uma parte que se funde a ele, embora essa parte tenha sofrido mudanças por meio de influências externas.

Nessa esfera, Fernandes (2006) salientou que, em vez de o corpo ser identificado ao id, o polo das pulsões, ele se associa ao ego, que se volta à realidade e à percepção. Freud (1923/1996), ao descrever a organização do aparelho psíquico, colocou a consciência na superfície, ou seja, na parte mais próxima do mundo externo, o que permite a adaptação à realidade e, logo, o próprio corpo será a fonte de todas as percepções, tanto as internas quanto as do mundo externo.

Assim, no entendimento de Fernandes (2006) sobre o corpo em Freud, o ego está alocado na periferia do aparelho psíquico e vem a ser a proeminência de uma superfície, sendo que esta só poderia ser a superfície do próprio corpo. Sobre isso, nas palavras de Freud (1923/1996), encontra-se a explicação de que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (pg. 39).

Essa projeção seria a distância entre o corpo biologicista e o corpo da psicanálise, que é o corpo da pulsão e da linguagem (Fernandes, 2006). Nota-se que esse olhar difere por completo de um olhar puramente biológico, ou seja, a psicanálise não se ocupa do corpo anatomo-fisiológico, mas de um corpo que é representado (Birman, 2011).

Diante disso, através dessa breve construção a respeito do estatuto do corpo na psicanálise, pode-se visualizar o caminho de descobertas e os estudos que levaram Freud a elucidar o corpo psicanalítico descolado da concepção puramente biologicista. Isso não significa que essa esfera foi totalmente descartada por ele, lembrando que sua essência teórica pertencia à medicina e à neurologia.

O que ocorreu foi que, a partir dos achados no campo da histeria, houve um aprofundamento gradual nos estudos que levaram à constatação da existência de uma interface entre o psiquismo e o corpo orgânico. Assim, chegou-se ao entendimento de que o corpo, além de ser o palco das relações entre o somático e o psíquico, também é uma via de manifestação de conteúdos inconscientes.

Portanto, para a Psicanálise, o corpo é um corpo representado, corpo pulsional, erógeno e sexual. Ademais, a constituição do eu só é possível a partir da unificação pulsional, da constituição de uma imagem unificada do corpo, base da constituição narcísica. Para complementar esta seção teórica, a seguir será detalhada a problemática da constituição da imagem corporal.

1.2 Corpo e Imagem: sobre a (re) construção da imagem corporal no contexto da amputação

De um corpo fragmentado, campo das pulsões parciais e do autoerotismo próprios ao início da vida, chega-se a um corpo unificado e à constituição egoica, conforme visto anteriormente. A base para essa ação narcísica de unificação do corpo é a construção da imagem corporal, que vai delineando-se no sujeito por meio da ação e do investimento do outro e pode ser pensada enquanto um alicerce para que o eu se constitua.

Partindo disso, não há como compreender o corpo psicanalítico e a constituição do eu sem debruçar-se, mesmo que brevemente, sobre a imagem corporal e como se dá a sua construção. Igualmente, não há como compreender a relação entre a amputação de membros e o narcisismo sem perpassar pela imagem corporal, pois uma intervenção física dessa magnitude pode provocar alterações na imagem unificada do corpo, reverberando nos limites egoicos estabelecidos.

A imagem corporal foi conceituada por Dolto (1984) como particular e diretamente relacionada ao sujeito e a sua história, sendo específica de um tipo de relação libidinal. Ela é a memória inconsciente das relações vividas e, também, é atual, dinâmica, narcísica e oriunda das inter-relações. É a síntese de todas as experiências de caráter emocional e “pode ser considerada a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejanter” (Dolto, 1984, p. 14) antes mesmo do sujeito se autodesignar. Essa imagem do corpo é totalmente inconsciente, embora possa tornar-se em parte pré-consciente ao associar-se à linguagem, utilizando-se de metáforas e metonímias para referir-se ao corpo na linguagem verbal.

Nasio (2008), ao debruçar-se sobre os apontamentos de Dolto, explicou que a imagem inconsciente do corpo contempla as primeiras impressões e sensações corporais gravadas no psiquismo da criança, oriundas de seu contato com a mãe desde a vida intrauterina até os três anos de idade, antes de atingir o completo domínio da palavra. Esse contato entre mãe e bebê é afetivo, simbólico e carnal e é justamente através dele que o corpo do bebê vai sendo

investido de sentidos e suas zonas erógenas vão sendo mapeadas, marcando o início da construção da imagem corporal.

Dessa forma, para esse autor, a imagem inconsciente do corpo é construída por dois elementos que, embora diferentes, são inseparáveis nesse processo. Por um lado, há uma sensação que é percebida e sentida pela criança e, por outro lado, há a imagem dessa sensação que é inscrita no inconsciente. Isto é, toda a vez que um bebê interage com sua mãe, ele experimenta sensações corporais que podem ser agradáveis ou dolorosas e, cada sensação terá uma representação psíquica inscrita que irá perdurar ao longo da existência.

Assim, após o terceiro ano de vida o que impera é o corpo que é visto, permeado pelo corpo que é vivido e também por suas imagens, que, embora recalcadas, permanecem exercendo sua influência. Isso significa que a imagem de um corpo que é visto fica sob o domínio da consciência, enquanto as imagens de um corpo vivido permanecerão inconscientes, ou seja, a imagem do corpo é uma sensação que perdura e se manifesta no corpo adulto através de expressões espontâneas. Ressalta-se que é a imagem inconsciente do corpo infantil que vai determinar gestos, posturas e comportamentos corporais, como também toda e qualquer manifestação psíquica relacionada ao corpo, futuramente (Nasio, 2008).

Na visão de Mello Filho e Burd (2010), a imagem corporal, além de ser a figuração mental do corpo, carrega contribuições anatômicas, fisiológicas, sociológicas e neurológicas em sua constituição. Para eles, a imagem é construída pelo que o sujeito deseja ser, aliado à representação de sua imagem pelos outros e o que ele próprio reconhece ao se olhar e se sentir.

Relacionando essas observações à amputação de membros, surge a reflexão sobre o que ocorre na imagem corporal do sujeito que vivencia a perda do membro. Pensa-se isso, tendo em vista a desestruturação do segmento corporal que é provocada por esse procedimento e uma possível interferência na imagem de si mesmo e na vivência do próprio corpo.

Essas reflexões vão ao encontro da visão de Bazhuni e Sant'Ana (2006) sobre o sujeito amputado, ao referirem que o mesmo passa por alterações na imagem corporal e há uma necessidade de reconstruí-la e reorganizá-la completamente, até chegar à nova concepção de si mesmo. Isso acontece devido aos efeitos psicossociais da perda do membro e as alterações corporais sofridas, pois perder uma parte do corpo representa a perda de uma parte de si mesmo, logo, de sua identidade.

Além disso, Dolto (1984) já enfatizava a relação entre imagem corporal e narcisismo, ação que resulta na unificação corporal cuja importância para a constituição do eu foi explicada na primeira seção teórica desta dissertação. Pensando nisso e também no fato de que a base para a ação do narcisismo é a imagem corporal, questiona-se se um sujeito cujos limites corporais foram abalados por conta de uma amputação terá também seus limites egoicos abalados.

Refletindo sobre esse questionamento e tendo em vista a amputação de membros ser considerada um procedimento altamente invasivo, pensa-se na possibilidade de que a ruptura que ocorre nos limites corporais também aconteça nos limites do ego, uma vez estabelecidos durante sua constituição. Logo, isso significa que o sujeito que vivencia a perda de um membro de seu corpo terá que redefinir não apenas suas fronteiras físicas, mas também as fronteiras egoicas, constituídas através da unificação pulsional e da ação do narcisismo.

Assim, esses apontamentos exigem que se contextualize, mesmo em linhas breves, a cirurgia de amputação e seus possíveis efeitos na imagem corporal dos sujeitos submetidos a esse tipo de intervenção. Para isso, optou-se por contemplar a visão de alguns autores que se dedicaram às repercussões psicológicas envolvidas nesse contexto.

Nesse sentido, a amputação, que é a retirada cirúrgica ou traumática de um membro do corpo, pode ser classificada como uma incapacidade ou deficiência adquirida, o que desafia princípios fundamentais da vida dos sujeitos submetidos a tal procedimento (Bazhuni & Sant'ana, 2006; Oliveira, 2000). Quando isso acontece, ocorre uma desestruturação abrupta do percurso normal que a vida mantinha até então e o sujeito defronta-se com uma nova situação, que o configura diferente do que era. Isso também acaba limitando suas atribuições e desempenhos de ordem profissional, familiar e social mantidos até então (Oliveira, 2000).

As particularidades de uma incapacidade adquirida dependem de cada sujeito e de suas vivências e experiências até o momento disruptivo da perda de um ou mais membros. Nessas condições, dentre os fatores agravantes observados, tem-se a necessidade de readaptação corporal, a insegurança em relação ao pós-operatório e a sobrevivência (Bazhuni & Sant'ana, 2006).

Além disso, os sujeitos submetidos à amputação trazem em seus corpos a inscrição de sinais que os definem como diferentes e, algumas vezes, imperfeitos e incapazes, devido à falta do membro ou do segmento corporal. Essa condição de amputado remete a uma vida com estilo diferenciado dos padrões de normalidade impostos e mantidos pelo social. A perda

não se restringe a uma parte importante de seu corpo, mas estende-se à saúde, eficiência corporal e estilo de vida mantido até então (Paiva & Goelner, 2008).

Dessa forma, de acordo com os mesmos autores, através de um corpo marcado pela amputação, o passado de um corpo perfeito se reatualiza e se presentifica a todo o momento. Destaca-se que havia uma história sendo vivida antes da amputação, história essa que foi interrompida, marcando o início de um discurso que delimita passado e presente, antes e depois da cirurgia.

Essa ruptura que ocorre em uma pessoa que teve parte de seu corpo amputada é, segundo Galván e Amiralian (2009), da ordem de um abalo psicossomático e gera consequências em todo seu ser. Assim, é preciso considerar não apenas a intensidade da perda e da ruptura, mas a maturidade emocional anterior ao momento da amputação.

Após a amputação, indivíduo e corpo encontram-se desconcertados e desconhecidos, sendo que não correspondem a um modelo dominante, que oferece padrões que são inacessíveis a quem sofreu amputação. É um fato que foge ao controle, produz enfrentamentos e rompe com aquilo que seria esperado e considerado natural no percurso de uma vida. Isso faz com que o procedimento seja evitado e protelado ao máximo, devido às incertezas em relação a habitar um corpo diferente (Paiva & Goelner, 2008).

Pode-se inferir, então, que o sujeito submetido à amputação passa a se reconhecer através de um corpo mutilado cujos olhares dos outros se concentram no membro ausente, antes de percorrer o restante do corpo intacto que ainda existe. Embora o sujeito recorra às próteses para resgatar suas funções anteriores e reestruturar a imagem corporal, todo esse processo está permeado por sensação de aniquilamento e temor do futuro, pois algumas limitações continuam mesmo após o período de reabilitação (Bocolini, 2000).

Nesse sentido, Pedrosa (2005) contribuiu ao inferir que, diante de uma amputação, a imagem corporal sofre um abalo, uma espécie de ataque, o que faz com que o sujeito se perceba violado em relação aos direitos do próprio corpo. Ele precisa, então, voltar-se para o corpo novo, corpo amputado e, por conta disso, sua maneira de se relacionar com as pessoas e com o mundo externo sofre muitas mudanças, uma vez que sua relação com o mundo passa pelo corpo e por suas representações.

Destaca-se que há uma morte real de alguma parte significativa do corpo e uma morte simbólica de um estilo particular de vida, de um jeito de ser, uma fragilização da identidade e ainda é preciso que se consiga manter vivo todo o restante do corpo que permanece saudável. Há que se viver uma outra forma corporal. Nesse caso, a imagem inconsciente do corpo passa

por um golpe que a desorganiza de maneira abrupta, interferindo diretamente na readaptação à vida social, às regras da sociedade e às normas comportamentais (Winograd, Solero-de-Campos, & Drummond, 2008).

Além disso, essa perda física pode ser vista como uma falha narcísica profunda, ocasionando distúrbios emocionais e identitários. Podem surgir sentimentos de injustiça, que são direcionados ao membro perdido ou às pessoas mais próximas (familiares, amigos ou profissionais) por meio da agressividade (Oliveira, 2000).

Nesse contexto, cabe lembrar que o homem é reduzido, socialmente, ao estado de seu corpo e pela forma como este aparece aos olhos dos outros. É como se a anatomia tivesse o valor de destino, e ser um deficiente é mais do que ter uma deficiência. Aquele que tem alguma deficiência faz menção à precariedade da existência humana e desperta a fantasia de fragmentação corporal (Le Breton, 2011).

As observações acima remetem, novamente, ao que acontece no início da vida, quando o ego ainda não foi constituído e não há uma imagem unificada de si mesmo, ou seja, quando impera a fragmentação pulsional presente no autoerotismo. E, ainda, traz o entendimento de que uma intervenção no corpo é também uma intervenção no psiquismo, pois quando se trata de amputação de membros, é possível que a fragmentação ocorra nas duas esferas.

Essa ideia articula-se com os questionamentos levantados anteriormente sobre a possibilidade de um procedimento dessa dimensão confrontar os limites do eu, tornando mais clara essa relação entre a perda de um membro, o narcisismo e a imagem corporal. Destaca-se, ainda, que é a imagem de um corpo unificado que, quando projetada no psiquismo, constituirá o narcisismo. Então, no campo da amputação, pode-se pensar em um abalo na imagem corporal que exigirá uma reorganização narcísica, ou seja, um reinvestimento no próprio eu.

Quanto a isso, Paiva e Goellner (2008) apontaram que o corpo amputado não existe mais como corpo próprio, pois perdeu a integridade de todos os seus membros. Assim, para que um novo corpo se construa e novas fronteiras corporais e egoicas sejam delimitadas, é preciso que o sujeito amputado vivencie o trabalho de luto pelo membro perdido e, dessa maneira, possa reconfigurar sua imagem corporal e seu ego. Isso vai possibilitar uma nova relação consigo mesmo, novas sensações do próprio corpo e novas construções narcísicas, ou seja, uma reinvenção do eu alicerçada em uma nova imagem corporal.

Nesse sentido, é importante explicar como o trabalho de luto foi elucidado por Freud, através da retomada das noções de narcisismo, especialmente as relacionadas ao narcisismo secundário, conceitos que são articulados a partir da identificação narcísica secundária. Essa articulação se estabelece na medida em que o narcisismo se constitui enquanto um investimento libidinal do próprio eu, sendo que este só se constrói através de uma relação e de uma identificação com o outro. A identificação narcísica se refere à localização da libido no eu, sendo de fundamental importância para a constituição do narcisismo (Garcia-Roza, 2011).

Assim, o mesmo autor pontuou que o narcisismo e a identificação narcísica possuem o mesmo modo de funcionamento libidinal. Sobre isso, ao longo da vida, o fato de a libido estar localizada no eu deve ocorrer apenas temporariamente, exatamente o esperado que aconteça nos processos de luto. Do contrário, essa libido localizada no ego será patológica por gerar um desequilíbrio nos investimentos libidinais. Isso significa que a energia libidinal não pode se concentrar apenas no ego ou no objeto externo, pois é necessário manter o equilíbrio entre ambos.

Mais especificamente, partindo dos mecanismos do narcisismo e da identificação narcísica, o luto em Freud foi explicado sob a lógica da perda do objeto e da falta de interesse pelo mundo externo após essa perda, quando todas as energias são mobilizadas pela dor e pelas recordações do mesmo. O autor explicou a diferença existente entre os processos de luto normal e a melancolia, mostrando as manifestações de cada um e o estado de luto patológico como intermediário entre os dois opostos (Laplanche & Pontalis, 2001).

Primeiramente, é importante entender que, no luto, a reação à perda não se restringe apenas a uma pessoa ou o elo do sujeito com seu objeto perdido, podendo ser um projeto, um ideal, entre outros, sendo todos esses objetos de desejo. É um processo lento, doloroso, causador de profunda tristeza e acontece em função de o objeto amado não mais existir. Essa perda não significa apenas a morte do objeto, mas abrange perdas significativas reais e simbólicas inerentes ao processo de desenvolvimento humano. (Freud, 1917/1996; Laplanche & Pontalis, 2001).

É o teste da realidade que mostra ao ego que o objeto já não existe e, por conta disso, toda a libido é retirada das ligações com o mesmo, isto é, cada lembrança e expectativa que vincula a libido ao objeto perdido será superinvestida para que, posteriormente, o desligamento dessa libido de cada uma delas se realize. E, ao término desse processo, o ego se torna novamente livre para investir em outros objetos externos (Freud, 1917/1996).

Em contraponto ao processo normal de luto, as mesmas perdas podem produzir no sujeito o processo melancólico, mas, para isso, é necessário que haja uma disposição patológica para tal. A reação à perda de alguém, na melancolia, consiste no mesmo processo penoso e na perda de interesse pelo mundo externo que também há no trabalho de luto normal. Porém, no processo melancólico, há uma intensa perturbação da autoestima e atitudes de autorecriminação, o que não ocorre no luto (Freud, 1917/1996).

Além disso, o autor apontou que, ao contrário do que ocorre no processo de luto, na melancolia pode-se observar que o sujeito não sabe, conscientemente, o que perdeu, apenas quem ele perdeu. Isso quer dizer que, nesses casos, há uma perda objetal retirada da consciência, o que não ocorre no luto por ser um processo no qual nada existe de inconsciente.

Na melancolia há um empobrecimento intenso do ego, ou seja, enquanto no luto o mundo externo se esvazia, na melancolia, é o próprio ego que se torna vazio. Percebe-se que há uma perda de um objeto, mas que o sujeito aponta como uma perda de seu próprio ego. Além disso, no luto normal há uma retirada de libido do objeto com posterior investimento em outro objeto, o que não ocorre na melancolia. Nesta última, há uma prova da fragilidade e pouca resistência da catexia objetal, pois a libido, que deveria ser deslocada para outro objeto, ficou retida no ego (Freud, 1917/1996).

Assim, ocorre uma identificação do próprio ego com o objeto perdido ou abandonado e a autorecriminação é, na realidade, direcionada ao objeto incorporado, por isso o sujeito melancólico se autodeprecia. Isto é, acontece, aqui, uma substituição da catexia erótica pela identificação narcisista e o ego deseja incorporar esse objeto, tal qual a fase canibalista do desenvolvimento. Cabe ressaltar que a retirada da libido dos objetos, tanto no luto quanto na melancolia, não é imediata, mas ocorre por meio de um processo gradual e prolongado. Logo, a característica de separar a libido lentamente é comum aos dois processos (Freud, 1917/1996).

Nesse contexto, em uma fase intermediária entre um trabalho de luto considerado normal ou esperado e aquele que se torna um processo melancólico, há o luto patológico, caracterizado pelo fato de o sujeito sentir-se responsável pela perda e pela morte do objeto de amor. Em função disso, também ocorre, aqui, a autorecriminação e o sujeito sente como se seu desejo fosse responsável por essa perda. Ainda, pode afirmar estar possuído pelo morto ou passar a ter os seus sintomas. O luto patológico difere do trabalho normal de luto por existir a autoacusação e a acentuada ambivalência amorosa, que se manifesta, muitas vezes, em forma

obsessiva de depressão, pois não ocorre a retração da libido. Já o que difere o luto patológico da melancolia é o fato de que, no primeiro, não há a incorporação do objeto perdido (Freud, 1917/1996; Laplanche & Pontalis, 2001).

Desse modo, chega um momento em que é preciso escolher entre partilhar do destino do objeto perdido ou quebrar a ligação com ele. Assim, quando esse processo de desligamento acontece, há novamente a possibilidade de novos investimentos no mundo externo, o que acontece através do desligamento da libido ligada às lembranças do objeto (Laplanche & Pontalis, 2001), conforme já indicado neste texto.

Logo, o esperado em um processo de luto normal é que haja uma retomada dos investimentos libidinais que antes não estavam direcionados ao mundo externo, que estava esvaziado e empobrecido de investimento libidinal, pois durante o processo de luto há um desequilíbrio dos investimentos. Isso significa que parte da libido que estava localizada no eu deve retornar ao mundo externo, para que o equilíbrio de investimentos seja retomado.

E, no contexto da amputação, o sujeito precisa reinvestir seu ego para que sua imagem corporal torne-se unificada novamente, assim como ocorreu inicialmente, quando, por meio do investimento libidinal, o ego foi delineando-se e as pulsões que eram fragmentadas, unificaram-se. Esse processo foi imprescindível para a constituição da imagem corporal na infância e, diante da ruptura dessa imagem e de um abalo narcísico provocado pela perda de um membro, é preciso que aconteça novamente. Somente assim, através de investimentos libidinais no próprio eu, é que o sujeito amputado vai reconfigurar seu corpo, a imagem inconsciente de si mesmo e suas fronteiras egoicas.

Vale salientar que isso só será possível se o sujeito amputado vivenciar o trabalho de luto, que no contexto da amputação de membros é um processo fundamental. É através dessa vivência que o sujeito terá possibilidades para amar-se novamente e aceitar-se com o novo corpo, ou seja, com o corpo mutilado (Benedetto, Forgione & Alves, 2002).

Por outro lado, Galván e Amiralian (2009) indicaram que pode ocorrer a negação de que algo de ruim tenha realmente ocorrido e o sujeito amputado não relatar nenhuma vivência ou sequer percepção de diferença no corpo, até mesmo emocionalmente. Isso significa que pode haver uma intensa racionalização que se sobrepõe à experiência. Aliado a isso, observa-se, também, uma profunda angústia e indefinição em relação ao futuro e às incapacidades e limitações que estão sendo vivenciadas.

Diante disso, pode-se pensar na ausência desse trabalho de luto, essencial para que o novo corpo seja aceito e vivenciado. Assim, é possível que haja prejuízo para esse sujeito,

impedindo a reconfiguração da imagem corporal e a reestruturação do narcisismo. Se não há um superinvestimento nas representações do membro que foi amputado, não haverá o consequente e necessário desligamento da libido para que surjam novas possibilidades de representação da imagem corporal.

E, diante de um trabalho de luto com dificuldades, há o risco de o sujeito amputado fazer o processo patológico do luto e desencadear uma melancolia, não elaborando a perda do membro e, conseqüentemente, não se desligando de todas as representações relacionadas ao mesmo, identificando-se com ele, incorporando-o e não conseguindo investir em sua nova imagem corporal, o que comprometerá suas possibilidades de investimentos em objetos externos. Diante desse fato, haverá uma dificuldade em investir no próprio corpo novamente e reconstruir sua imagem, o que é fundamental para que haja uma reinvenção de si mesmo.

Diante do exposto, é possível visualizar o quanto uma intervenção como a cirurgia de amputação pode interferir e repercutir psiquicamente no sujeito que a vivencia. A amputação de membros parece atingir muito além da esfera física e lançar o sujeito numa necessidade de reorganização de si mesmo, imprescindível para que o corpo tome seus novos contornos e seja vivenciado nessa nova configuração.

Desse modo, observou-se a importância de se compreender a estreita relação entre o narcisismo e a imagem corporal para que se possam abordar as possíveis repercussões psíquicas nos sujeitos amputados. Assim, esta seção teórica foi construída com o intuito de contextualizar e facilitar o entendimento dos objetivos e dos achados expostos nos artigos que terão origem nesta dissertação, permitindo que o corpo amputado seja percebido além de um membro ausente, mas como um corpo a ser (re) investido e (re) inventado.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

A seguinte seção objetiva delinear o método utilizado na pesquisa que gerou esta dissertação, de maneira ampliada e detalhada. Assim, constam aqui os detalhes e os pormenores necessários para uma boa compreensão do trabalho realizado, desde a escolha das abordagens de pesquisa e os primeiros contatos com os participantes até a realização das entrevistas que permitiram a construção deste trabalho.

2.1 Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório e descritivo. Seu desenvolvimento se deu com participantes submetidos à cirurgia de amputação de membros assistidos em um hospital público do interior do estado do Rio Grande do Sul.

A pesquisa de cunho qualitativo mostrou-se a mais apropriada ao estudo, pois, segundo Turato (2013), é um tipo de pesquisa que visa proporcionar o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a um fenômeno e não é apenas um modelo que atende a certas demandas, mas refere-se a algo que não é visível ao olhar comum. O autor acrescentou que esse método cria um modelo de entendimento intenso de ligações entre os elementos, buscando compreender um processo a partir de como o objeto de estudo acontece e se manifesta.

Para Minayo (2012), a pesquisa qualitativa é utilizada em níveis de realidade que não podem ser quantificados, pois engloba significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Observa-se, também, que o método qualitativo privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, descobrindo-se códigos e relações sociais. Trata-se de uma investigação que requer atitudes fundamentais de abertura, flexibilidade e capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos.

Além disso, nesse tipo de estudo, o pesquisador é elemento fundamental, pois os resultados centram-se nas suas percepções. Isso quer dizer que o pesquisador não é neutro ou distante emocionalmente da entrevista, pois são as angústias do pesquisador que o movem para a pesquisa, e as do entrevistado que motivam a sua participação. Essa angústia é

entendida como inquietação, e não patologia. É a interação do entrevistador, guiado por uma base teórica, como entrevistado, que faz a pesquisa acontecer (Minayo, 2012; Turato, 2013).

Em relação ao caráter exploratório, Gil (2002) o mencionou como típico da pesquisa na qual os objetivos se concentram em conhecer melhor o objeto a ser investigado, buscando uma familiarização com as situações, descobrindo significados e diversos aspectos a serem considerados. A partir disso, vai-se ao encontro da descoberta de significados, permitindo a consideração de aspectos diferentes de uma situação problema.

Já a pesquisa descritiva apresenta como objetivo justamente descrever as características de determinadas populações, fatos ou fenômenos e suas relações, sem manipulá-los (Gil, 2002). Isso posto, observa-se que a escolha desse tipo de pesquisa é a mais indicada para o estudo aqui apresentado.

2.2 Cenário do estudo

O cenário deste estudo constituiu-se por um ambulatório alocado em um hospital público do interior do Rio Grande do Sul. O referido ambulatório funciona diariamente, atendendo uma grande demanda de pacientes que se encontram desde o período pós-operatório até aqueles que realizam consultas de retorno de todos os tipos de especialidades médicas. Em dias de consulta da Cirurgia Vascular, recebe, entre outros, pacientes amputados para fins de curativos, exames semanais de acompanhamento da evolução pós-operatória e também para monitorar eventuais contratempos decorrentes do procedimento. São realizadas consultas de enfermagem e médicas, no caso de especialidade vascular, e, quando necessário, são solicitadas consultas dermatológicas ou com cirurgião plástico, em casos específicos.

Esse hospital assiste uma gama de municípios por caracterizar-se pelo atendimento de alta complexidade e também pela vinculação ensino-serviço. Assim, os usuários são provenientes de diferentes localidades e dão continuidade ao tratamento de forma semanal, quinzenal ou mensal, conforme a evolução de cada caso. Através desse ambulatório, também acontece o encaminhamento à prótese aqueles pacientes amputados que se encontram aptos e devidamente preparados para usá-la.

2.3 Definição dos participantes

Foram selecionados para participar deste estudo sujeitos que contemplavam os seguintes critérios de inclusão: pessoas de ambos os sexos com histórico de cirurgia de

amputação de membros em decorrência de doença crônica; estar completando, no mínimo, 1 mês de pós-operatório e no máximo 1 ano; estar em processo de reabilitação pós-amputação no referido ambulatório; ser maior de 18 anos e ser residente na cidade onde se localiza o hospital. Por outro lado, foram excluídos da pesquisa sujeitos cuja amputação foi em decorrência de trauma (acidentes), pois se acredita que a experiência da perda do membro é vivenciada de maneira diferente nesses casos, tendo em vista que não há um preparo para tal, tampouco um conhecimento prévio da possibilidade de amputação.

Para realizar essa busca, a pesquisadora esteve presente no referido ambulatório nos dias e turnos em que ocorriam os atendimentos da Cirurgia Vascular, especialidade que contemplava a maioria das consultas de pessoas amputadas em decorrência de doença crônica e não por trauma. No local, foi possível ter acesso aos prontuários dos pacientes aguardados pelas equipes médica e de enfermagem e, através das informações contidas nesses documentos, eram escolhidos os possíveis participantes deste estudo. Desse modo, as referidas equipes mediaram o contato da pesquisadora com cada paciente e, por meio desse auxílio, foi possível explicar a pesquisa e convidá-los a participar da mesma.

Partindo disso, foram realizadas 09 entrevistas nas dependências do hospital mencionado. Esse total ocorreu em função do critério de saturação, que, para Minayo (2008), consiste no conhecimento obtido pelo pesquisador de que apreendeu a lógica interna do grupo pesquisado. Isso ocorre quando o mesmo alcança o entendimento da homogeneidade, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para o estudo.

No caso deste estudo, ao atingir o número de 08 entrevistas, foi observada a saturação dos dados obtidos e, ao realizar a 9ª, não surgiram informações distintas, logo, optou-se pelo fim da coleta. Esse processo foi explicado por Turato (2013), ao referir que o pesquisador fecha o grupo de participantes quando as informações coletadas começam a se repetir. Dessa forma, a saturação é feita por um processo contínuo de análise de dados o qual se inicia junto com o processo de coleta.

A seguir, apresenta-se uma tabela ilustrativa contendo as informações necessárias de cada entrevistado, ressaltando-se que os nomes de todos os participantes foram substituídos por códigos identificadores para garantir o sigilo de cada um. Assim, os participantes serão aqui nomeados por *E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9*.

Tabela 1 – Perfil dos Entrevistados

Participantes	Sexo	Idade	Tipo de amputação	Tempo de amputação
E1	M	65	Amputação Transfemoral por Diabetes Mellitus	40 dias
E2	M	64	Amputação de pé esquerdo e pododáctilos do pé direito por Diabetes Mellitus	3 meses
E3	M	51	Hemipelvectomy por Neoplasia	7 meses
E4	M	44	Amputação de ante pé esquerdo por Diabetes Mellitus	5 meses
E5	M	58	Amputação Transtibial por Diabetes Mellitus	1 ano
E6	F	76	Amputação de todos os pododáctilos por Diabetes Mellitus	3 meses
E7	F	66	Amputação Transfemoral por Trombose	2 meses
E8	F	65	Desarticulação do quadril por Diabetes Mellitus	1 ano
E9	F	74	Desarticulação do quadril por Diabetes Mellitus	2 meses

2.4 Processo de Coleta de dados

Primeiramente, este estudo foi encaminhado para apreciação da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do hospital no qual foi desenvolvido. Após sua aprovação e aceite (Anexo A), a pesquisa foi enviada à Plataforma Brasil e assim encaminhada ao Comitê de Ética da universidade com a qual a pesquisadora mantém vínculo. Após sua devida apreciação e aprovação (Anexo B), iniciou-se o processo de coleta de dados.

Para tal, os participantes foram contatados, em um primeiro momento, nas dependências do ambulatório já mencionado, com o auxílio de profissionais ou acadêmicos de enfermagem e medicina que prestavam o acompanhamento aos pacientes em questão. Esse primeiro contato objetivou o questionamento sobre o possível interesse em participarem da presente pesquisa e também foram explicados os objetivos e o método a ser utilizado e como seriam as entrevistas.

Além disso, foram explanadas aos sujeitos, de forma clara e detalhada, todas as informações necessárias e importantes no tocante à participação em pesquisas, coleta de dados por meio de gravação de voz, transcrição das falas e posterior publicação das mesmas. Diante do aceite, foi apresentado e lido detalhadamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), contendo todas as informações que foram verbalizadas pela pesquisadora, inclusive sobre a possibilidade de desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, se assim decidissem.

Os participantes foram submetidos a uma entrevista de natureza semiestruturada construída através dos seguintes eixos norteadores: indicação para cirurgia de amputação; processo cirúrgico; o corpo antes da cirurgia; o corpo depois da cirurgia; um dia da vida; você e o espelho (Apêndice C). Para Minayo (2012), na entrevista semiestruturada o entrevistado tem maior abertura para discorrer sobre o tema em questão, sem se deter apenas às perguntas. Destaca-se que na presente pesquisa, não houve perguntas estruturadas, mas os eixos descritos permitiram manter o foco da pesquisa, sem direcionar os discursos dos sujeitos entrevistados.

A mesma autora ainda mencionou que a entrevista constitui-se em um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos. Complementando, Turato (2003) descreveu a entrevista como um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitadora da apreensão de diferentes fenômenos, de elementos de identificação e construção do entrevistado e, de certa forma, do entrevistador. Para o mesmo autor, o entrevistado falará de acordo com livre associação de ideias, o que permite maior flexibilidade do entrevistador e a existência de tópicos novos, nos quais questões não previstas anteriormente são verbalizadas pelo entrevistado e consideradas relevantes para serem trabalhadas no estudo.

Quanto aos eixos norteadores, estes se tornaram necessários na medida em que nenhuma interação para finalidade de pesquisa se coloca de forma totalmente aberta. Os conteúdos das respostas referentes a esses eixos serão debatidos, interpretados e avaliados pela pesquisadora e seu orientador, a fim de excluir ou manter os mesmos (Minayo, 2012).

No tocante ao local da realização das entrevistas, estas aconteceram em sala reservada nas instalações do referido hospital, respeitando a privacidade de cada participante e considerando um local adequado para efetuar a pesquisa, sem interrupções ou perturbações sonoras. Todas as entrevistas foram previamente agendadas com cada participante, de acordo com a disponibilidade e a preferência de cada um.

2.5 Procedimentos para análise dos dados

Essa etapa é de absoluta importância no contexto de uma pesquisa, já que os dados obtidos precisam ser interpretados pelo pesquisador para que possam adquirir sentido (Minayo, 2012). Assim, após a devida transcrição das entrevistas realizadas para este estudo, optou-se pela utilização da técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) para interpretar seus dados.

A análise de conteúdo é um método que utiliza procedimentos objetivos e sistemáticos na descrição dos conteúdos das falas, condensando e agrupando suas partes comuns. Esse tipo de análise não deve ser somente descritiva, pois é preciso avançar para um nível mais intuitivo, no qual o pesquisador pode fazer inferências. E cabe a ele interpretar os resultados (Bardin, 2011; Turato, 2013). Para Lakatos e Marconi (1990), a técnica da análise de conteúdo visa aos produtos da ação humana, estando voltada para o estudo das ideias e não das palavras em si.

Nesse sentido, Romero (2000) pontuou que a análise de conteúdo envolve a categorização dos tópicos relevantes das questões pesquisadas que, incluirão o discurso, a observação do comportamento e as várias formas de comunicação não-verbal. Bardin (2011) acrescentou que a análise de conteúdo remete à transformação das falas relevantes em unidades de análise, visando à descoberta de conteúdos que estão implícitos nas verbalizações. O objetivo concentra-se em construir uma relação entre estruturas semânticas (significantes) e estruturas sociológicas e psicológicas (significados) a partir dos enunciados trazidos pelos sujeitos.

Mais especificamente, essa técnica é composta por três fases: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, sendo que este último inclui inferências e interpretações. A fase de pré-análise possui três missões importantes: a escolha do material a ser analisado, a formulação das hipóteses e dos objetivos e, por fim, a elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação final. Essa fase é propriamente a da organização, embora as atividades ainda sejam “abertas” e não sistemáticas, nesse momento. Uma dessas atividades consiste na leitura flutuante, que ocorre quando o pesquisador se deixa invadir por impressões e orientações (Bardin, 2011). Esse termo é uma analogia ao trabalho do psicanalista em sua atenção flutuante na escuta clínica (Turato, 2013).

A atenção flutuante suspende o foco da atenção, o que permite que todo o material seja absorvido pelo pesquisador. O objetivo disso é conservar na memória elementos que serão, posteriormente, confrontados com outros elementos que surgem ao longo das falas analisadas

(Laplanche & Pontalis, 2001). Assim, as análises surgem por meio dessas leituras flutuantes, juntamente com a teoria pesquisada, que vai embasar o material obtido e analisado (Bardin, 2011).

Logo após essa etapa, começam a ser formuladas as hipóteses e, a partir disso, segue-se o processo de categorização, o que significa isolar os conteúdos julgados importantes por meio da leitura flutuante, aplicada anteriormente. Na fase de análise, dois critérios são importantes de serem seguidos: os critérios da repetição e da relevância dos conteúdos obtidos nas entrevistas. O primeiro critério se caracteriza por agrupar e destacar os conteúdos comuns nos discursos analisados. Já o segundo critério, consiste em atribuir relevância a uma fala sem que esta seja, necessariamente, recorrente, mas o destaque se dá pela importância que tem para determinado discurso (Bardin, 2011; Turato, 2013).

Assim, o que permite o agrupamento é a parte comum existente entre eles. Logo, categorizar comporta duas etapas importantes: inventário e classificação, sendo que, na primeira, isolam-se os elementos e, na segunda, repartem-se os mesmos e impõe-se certa organização às mensagens. Por fim, um bom analista de conteúdo deve ter bem desenvolvida sua capacidade de categorizar (Bardin, 2011).

2.6 Aspectos éticos da pesquisa

Em se tratando de adequações éticas de uma pesquisa, antes de qualquer colocação, é imprescindível que se atente à questão de que o presente estudo foi realizado *com* seres humanos e não *em* seres humanos. E nesta aparente semelhança, há uma impactante diferença, isto é, a pesquisa em seres humanos é realizada nos sujeitos de pesquisa e sempre controlada exclusivamente pelo pesquisador (Guerriero, Schmidt, & Zicker, 2008).

Já a pesquisa com seres humanos, segundo os mesmos autores, é proveniente de uma interação entre pessoas e depende tanto do pesquisador quanto do pesquisado para que possa se concretizar. No entanto, no tipo de pesquisa aqui descrita, o pesquisador está mais suscetível a imprevistos e problemas no andamento do estudo, embora tenha, por outro lado, uma maior riqueza de detalhes e informações.

Ressalta-se que esta pesquisa foi elaborada e executada, em todos os seus passos, de acordo com as diretrizes e normas éticas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo à resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Além disso, buscou-se amparo ético na Resolução 010-

2012 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no contexto da Psicologia.

Além disso, o estudo foi encaminhado à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital onde se efetuou a pesquisa e, após a sua aprovação, foi enviado à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade com a qual a pesquisadora mantém vínculo. Somente após todas as apreciações e liberações necessárias tanto institucionais quanto éticas, é que a pesquisa começou a ser posta em prática.

Para auxiliar a coleta dos dados, foi utilizado um gravador, que durante toda a entrevista ficou visível ao participante e que somente foi posto em uso após sua autorização. Assim, ao término das entrevistas, as informações coletadas foram devidamente registradas em um banco de dados cujo acesso é restrito à pesquisadora e seu orientador, ressaltando que o destino da gravação será o armazenamento, em local igualmente restrito, e o posterior descarte ao fim de cinco anos. Cabe salientar que as entrevistas aconteceram de forma voluntária, excluindo qualquer tipo de coerção institucional ou psicológica aos participantes e foram passadas todas as informações relacionadas aos objetivos e à segurança deste estudo. Assim, os entrevistados foram informados sobre a possibilidade de desistência da pesquisa em qualquer etapa do trabalho, sem que isso lhes representasse qualquer risco ou prejuízo.

Ademais, também foi explicitado a cada participante, que havia riscos, mesmo que mínimos, pois em todo e qualquer processo de pesquisa com seres humanos é preciso que se atente à possibilidade de riscos. Quanto a isso, estes não são maiores ou distintos dos advindos de uma conversa informal. No entanto, estavam previstas eventualidades como algum desconforto dos participantes em função de algum questionamento ou situação ainda não elaborada que suscitasse sofrimento.

Assim, se algum participante precisasse, por conta da pesquisa, de encaminhamento para acompanhamento psicológico, a pesquisadora daria as orientações necessárias e o contato da clínica-escola da universidade de que é proveniente. Tudo isso foi pensado a fim de minimizar o sofrimento manifestado durante a entrevista, se esta última mobilizasse conteúdos ansiogênicos.

Ressalta-se que não houve benefício direto aos entrevistados, embora haja o entendimento de que os participantes, ao compartilharem seus sentimentos e percepções, estarão auxiliando na construção de conhecimento acerca de sua problemática, podendo vir a ajudar um número maior de pessoas que enfrentam a mesma situação. A escuta durante a entrevista, mesmo que breve, mostra-se, de certa forma, terapêutica, no sentido de propiciar

um momento no qual serão verbalizados conteúdos importantes que, para muitas pessoas submetidas ao processo da amputação, são difíceis de serem compartilhados com a família ou com a rede de apoio mais próxima.

Encontra-se em Turato (2013) algo que corrobora o exposto, quando o autor afirma que, embora toda entrevista implique um risco para o participante, quando se utiliza uma entrevista semiestruturada e de abordagem clínico-qualitativa, também se está ofertando um ambiente de fala e descarga de sentimentos angustiantes. Isso produz um efeito psicoterapêutico, de alívio, mesmo em um contexto de entrevista e não de psicoterapia.

Quanto à devolução aos participantes, é importante salientar que a pesquisadora já deu início a esse processo, através de contato com um dos sujeitos entrevistados, reiterando a importância de sua contribuição a este estudo e explicando-lhe os resultados obtidos através do mesmo. Essa devolução ocorreu por contato telefônico, pelo fato de que o participante encontrava-se em outra cidade no período no qual foi contatado pela pesquisadora, sem previsão de retorno. Os demais entrevistados serão contatados e planeja-se fazer a devolução para todos. Esse processo de devolução aos sujeitos que contribuíram e possibilitaram a construção desta dissertação é de grande relevância e demonstra a fidedignidade do estudo, o respeito pelos participantes e o comprometimento com que foram analisadas suas falas.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo buscou-se compreender as repercussões psicológicas da cirurgia de amputação de membros, relacionando-as com os constructos do narcisismo e da imagem corporal, questões que nortearam a pesquisa. Esta seção contempla os resultados obtidos neste estudo, que serão aqui apresentados e discutidos através de um enlace com o aporte teórico psicanalítico que sustentou e direcionou a análise dos dados coletados.

Desse modo, os resultados estão dispostos em 5 categorias elencadas pelo critério de repetição, demonstrando que os achados oriundos deste estudo contemplaram os objetivos propostos e, por meio dessa categorização, pretende-se abordá-los. As categorias foram intituladas da seguinte forma: *Nunca se está preparado: o encontro com o desconhecido*; *O confronto com a falta: reconstruindo a própria imagem*; *Para além da perda do membro: a amputação como uma ferida narcísica*; *Quando o membro ausente faz sentir-se: uma leitura além das sensações* e *Quando a perda é necessária: a amputação como possibilidade de vida*, que serão apresentadas na sequência.

3.1 Nunca se está preparado: o encontro com o desconhecido

De acordo com o que se propõe neste estudo, entende-se o corpo enquanto construído subjetivamente, sendo um todo em funcionamento que transcende as queixas de ordem somática. Para a psicanálise, o corpo é construído por percepções, investimentos libidinais, representações, pulsões e fantasias (Nasio, 2008). Assim, esse corpo psicanalítico não se restringe ao conceito de organismo, pois é atravessado pela história de cada um e constitui-se na interface entre o psíquico e o somático (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2006).

Partindo desse pressuposto, a cirurgia de amputação de membros é aqui compreendida enquanto uma intervenção nas esferas física e psíquica, ou seja, é algo que abala o corpo subjetivo e não somente um procedimento cirúrgico que secciona um membro anatômico. Por isso, considera-se importante atentar-se às repercussões psicológicas e às reações do sujeito diante desse evento, especialmente no momento da notícia de que terá uma parte de seu corpo amputada.

Desse modo, o foco desta categoria será o impacto causado pela notícia da amputação, tendo em vista o quanto esse momento é propulsor de desamparo para quem o vivencia. Pode-

se pensar que, mesmo quando o sujeito está sabendo da possibilidade de uma amputação, o momento da notícia o confronta com uma situação de difícil representação e elaboração.

Assim, um procedimento cirúrgico como esse provoca não apenas uma instabilidade emocional, como também traz à tona a ameaça de morte que esse evento representa (Sebastiani & Maia, 2005). Sobre isso, ressalta-se que a mencionada instabilidade e o temor do futuro são evidenciados e potencializados frente à iminente perda do membro, o que foi observado nas seguintes falas, referentes às reações provocadas no momento da notícia da amputação:

Eu já tava preparado [...] Eu nunca imaginava que isso aí ia acontecer comigo, eu nunca imaginava na minha vida que eu ia, que eu ia cair numa. . . . num bloco cirúrgico, isso nunca passou pela minha cabeça. Foi indesejável que apareceu isso aí [...] O médico disse vou ter que amputar. Claro que naquele momento ali foi difícil pra mim aceitar né [...] Diz que homem não chora né...mas eu chorei na, na, na sala né (E4, 44).

Então, eu já tava esperando, mas só que. . . . a gente nunca quer né que isso aconteça. A gente não esperava, porque eu esperava uma coisa, fazer uma cirurgia, outra cirurgia no local. Então uma amputação realmente foi um choque né, foi um choque emocional muito grande, deu um baque, com certeza (E3, 51).

As contradições presentes nestes discursos revelaram que a notícia provocou, abruptamente, um encontro com aquilo que o psiquismo não teve recursos para representar. Embora os entrevistados citados tenham mencionado um conhecimento prévio da possibilidade de amputação e que estavam esperando por isso, suas falas demonstraram que, diante da notícia, eles se depararam com o vazio de recursos para lidar com esse fato novo.

Quanto a isso, Zechin (2004) apontou que é nesse confronto entre a mutilação que se faz real e a ausência de recursos internos para enfrentá-la, que se observa um despreparo do aparelho psíquico para lidar com essa situação que revela a condição de fragilidade, própria de todo ser humano. É justamente a ausência de um membro que se faz explícita no corpo que vai evidenciar essa fragilidade e confrontar o sujeito a todo o momento. O fato de o sujeito não ter como evitar esse confronto, exposto no corpo, é uma das razões desse evento apresentar-se como algo gerador de intensa angústia e difícil de ser subjetivado.

O choro de E4 e o referido “[...] *choque emocional muito grande*” de E3 revelaram não apenas essa fragilização, mas também o estado de desamparo que a notícia da amputação provocou, confrontando-os com a impotência diante de algo que estava prestes a materializar-se em seus corpos. Para Nascimento (1998), o desamparo pode ser entendido como o sentimento de solidão diante de uma experiência impossível de ser compartilhada. É um

estado que traz à tona a fragilidade humana e a dependência do outro, conforme se pode visualizar, também, nas seguintes falas:

Não, jamais eu pensei que eu iria ouvir isso. . . . Jamais. . . . Pra mim parecia que o mundo ia acabar, eu achei que só com tratamento dava, eu pensei que ia dar mesmo, jamais pensei ouvir isso. Parecia que tudo ia desabar, desabar (E7, 66)

[...] É aquela velha história né, acontece sempre com o do lado, acontece sempre com os outros, mas comigo não vai acontecer nunca né. Eu não acreditava que isso fosse acontecer comigo, eu não acreditava. . . . E aconteceu, aconteceu mesmo comigo (choro intenso) (E5,58)

Na concepção de Freud (1895/1996), o estado de desamparo, no adulto, remete o sujeito a um evento traumático propulsor de intensa angústia que é o seu próprio nascimento. Por isso, o desamparo pode ser entendido como o protótipo desse evento. Isso porque ao nascer, o bebê depende totalmente do outro para satisfazer suas necessidades orgânicas e, mais que isso, para neutralizar a tensão interna que aumenta intensamente em função dessas necessidades, uma vez que ele ainda é impotente diante dessa situação de excesso de tensão e não tem recursos para dominá-la, sendo submergido por ela (Laplanche & Pontalis, 2001).

Mais especificamente, o bebê, frente à impossibilidade de suprir essas necessidades sozinho e dar conta da tensão, começa as tentativas de comunicação com a mãe em busca de satisfazer essas demandas e eliminar, mesmo que momentaneamente essa tensão. Assim, através de comportamentos como o choro, por exemplo, ele emite uma demanda de necessidade que será satisfeita pela mãe. É através dessas relações e trocas entre ambos que se dá o processo pelo qual o bebê vai reconhecendo a si mesmo, enquanto separado da mãe, e também ao meio externo (Freud, 1895/1996).

O autor esclareceu que é nesse período que surgem as trocas simbólicas entre o bebê e a mãe, que acontecem a todo o momento e são, em sua maioria, inconscientes. Elas possibilitam a construção de significados atribuídos às experiências advindas do contato com o mundo externo. Quanto a isso, destaca-se que essas trocas ficam registradas no psiquismo do sujeito, onde permanecem e são enriquecidas ao longo de sua existência. Logo, são as trocas simbólicas que vão atribuir sentido aos eventos e situações vivenciadas pelo sujeito durante sua vida.

Além disso, o mesmo autor explicou que é através dessas trocas simbólicas que vão sendo construídas as tramas representacionais, que permitem a criação ilusória de uma

realidade segura e eficaz. É essa segurança ilusória que garante um lugar de proteção diante das ameaças de desamparo. Por essa razão pode-se dizer que o ser humano depende de suas construções simbólicas, pois é atribuindo significados ao mundo e às experiências que ele vai encontrando o sentido da própria existência.

E o estado de desamparo vem à tona justamente quando há um confronto do sujeito com situações que ameaçam essas construções simbólicas, das quais se pode dizer que ele é dependente, pois são alicerces da sua estruturação psíquica. Isso acontece quando o sujeito, ao longo de sua vida, precisa recorrer a essas construções para enfrentar situações desestabilizadoras e, ao invés de segurança e significados que atribuam sentido a essas situações, ele se depara com uma ausência de recursos internos. Assim, nessas situações, ocorre uma profunda desadaptação em termos de sua sobrevivência (Freud, 1895/1996), conforme ilustra o seguinte trecho da entrevista de E1:

Ah foi uma surpresa, eu esperava tudo na minha vida, menos isso aí (choro) [...] Eu não contava mais nem com a vida, sabe? Olha, eu fiquei sem rumo (choro intenso), não sabia nem o que dizer. . . . Foi um choque, foi um choque (E1, 65)

Essa fala permite compreender que, no momento da notícia da amputação, não apenas E1, mas os demais entrevistados citados, vivenciaram uma ameaça em suas construções simbólicas, pois esse comunicado foi recebido por eles como algo que irrompe qualquer possibilidade de enfrentamento e busca de recursos para tal. Isso significa que todo o seu universo simbólico, construído ao longo de sua existência, não deu conta do impacto gerado pela notícia da amputação, pois não há, em suas tramas representacionais, algo que dê sentido para essa experiência e lhe ofereça segurança para atravessar esse momento desintegrador.

E, por não encontrar sentido para isso e se estar diante de um aumento de excitação que não pôde ser dominado, é que o desamparo vivenciado nesse momento da amputação os remeteu à intensa angústia do nascimento, pois, o que ocorre é um confronto com aquilo que é, até então, totalmente desconhecido e irrepresentável. Em outras palavras, ao nascer, o sujeito depara-se com o mundo externo que se configura desconhecido e ainda sem significados. Agora, na vida adulta, ele enfrenta semelhante situação quando perde uma parte de seu próprio corpo e vê-se diante de uma experiência cuja intensidade de angústia e tensão não foi por ele dominada, pois seu aparelho psíquico não dispôs de recursos para isso.

Nessa direção, Debenetti e Fonseca (2006) pontuaram que o corpo se faz corpo com aquilo que acontece a ele e com o que acontece entre ele e o outro. Há eventos que serão

imediatamente integrados ao psiquismo pelo fato de o sujeito lançar mão de recursos internos que vão dar conta da experiência. Porém, ao longo da existência, um evento novo pode não ser integrado por não encontrar referências no passado que o torne passível de significação no presente, atribuindo a ele um sentido. Isso ocorre com a vivência da mutilação corporal, conforme alguns entrevistados demonstraram, mas não apenas por ser um evento desconhecido e sim por ter um caráter traumático, ou seja, ainda não possuir uma representação no psiquismo desses sujeitos.

Sobre isso, é importante trazer o que Freud elucidou sobre o trauma. Primeiramente, em *Além do Princípio do Prazer* (1920/1996), o autor explicou o trauma psíquico enquanto uma experiência desestruturante que desencadeia intensa excitação em um curto espaço de tempo. Essa excitação excessiva não é tolerada pelo sujeito e, em decorrência disso, ocorre uma espécie de ruptura em suas construções simbólicas, o que torna a experiência impossível de ser representada e elaborada psiquicamente.

Diante desse intenso afluxo de excitação, o sujeito não é capaz de dominá-la nem elaborá-la em seu psiquismo, ou seja, não há uma reação adequada. E é justamente por esse aumento de excitação que essa experiência acaba por paralisar o aparelho psíquico, que fica num estado de total passividade diante desse transbordamento de estímulos (Laplanche & Pontalis, 2001).

Mais tarde, Freud (1926) definiu que, diante de uma situação traumática, além do excesso de excitação inerente a esse evento, há, por outro lado, a fragilização e o despreparo do ego, que se vê sem recursos para integrar e absorver essa intensidade de estímulos. O autor explicou que há um perigo externo e um perigo interno que atacam o ego e que ambos são simétricos. Isso significa que o ego é assolado pelas excitações pulsionais na mesma intensidade que é atacado de fora, isto é, o aumento das excitações internas vai além do limite tolerável pelo sujeito e, por isso, ocorre um transbordamento dessa excitação (Laplanche & Pontalis, 2001).

Posto isso, por meio desse entendimento do que configura um evento traumático, pode-se dizer que a notícia da amputação assumiu esse caráter para os entrevistados devido a sua característica de excitação excessiva, correlacionada ao despreparo e à fragilização do ego diante desse evento. Por essa razão, é notório que esses sujeitos, de acordo com suas susceptibilidades, depararam-se com uma impossibilidade de dar conta e de encontrar, em seu universo representacional, algo que atribuísse um sentido à mutilação corporal.

Essa notícia foi recebida pelos entrevistados como um preditivo de uma mudança

abrupta e violenta de seu corpo e de sua vida, provocando o estado de desamparo e o sentimento de se estar só diante de uma vivência até então desconhecida. Ademais, eles foram tomados pela reação inicial de susto perante o comunicado de que sofreriam uma mutilação corporal.

Logo, uma vez que essa mutilação se concretize, ou seja, a amputação venha a tornar-se real, esse fato exigirá uma reestruturação, tendo em vista que a amputação causa uma ameaça real às fronteiras do corpo anatômico e uma ameaça simbólica às fronteiras do ego. Assim, essa reestruturação deverá acontecer nessas duas esferas, ou seja, tanto nos limites corporais quanto nos limites egoicos.

3.2 O confronto com a falta: reconstruindo a própria imagem

Tomar consciência de que o próprio corpo está mutilado é algo doloroso demais para o sujeito e, por essa razão, difícil de ser integrado ao aparelho psíquico, uma vez que nele não há recursos para lidar com esse evento. Isso porque durante sua vida as experiências e as relações que alicerçaram sua constituição subjetiva do corpo construíram a concepção de um corpo íntegro e não de um corpo mutilado. Baseando-se nisso, a perda de uma parte do próprio corpo pode ser danosa o suficiente para representar uma forte ameaça às fronteiras egoicas já estabelecidas durante sua constituição.

Em decorrência disso, uma vez que a amputação não foi representada, o sujeito depara-se com uma dificuldade, também, de adequar-se a esse novo corpo e reconstruir a percepção de si mesmo. Isso porque, enquanto a mudança corporal não é integrada no aparelho psíquico, através da vivência dessa perda, a ação de reconstrução da autoimagem fica prejudicada. Assim, essa categoria se debruçará sobre a reintegração corporal e a sua relação com o trabalho de luto pelo membro retirado e pela antiga imagem corporal, processo de indiscutível importância quando se trata de adequação ao novo corpo.

Nesse contexto, a alteração da configuração corporal, explícita no próprio corpo, não foi integrada ao psiquismo desses sujeitos, impedindo que o trabalho de luto pela perda de uma parte de si mesmo inicie, conforme se pôde observar quando E8 referiu: “*Não mudou nada de diferente. . . . Eu me senti bem, eu me senti feliz da vida, não fiquei triste nem nada (E8, 65)*”. E, ainda, quando os entrevistados citados abaixo também verbalizaram:

Mas eu não sinto nada, nada, nada. Tranquilo, tranquilo mesmo. Tranquilo como nós tamo conversando aqui, nada! Bah, hoje eu tô com meu corpo de menino, de guri, não tenho sentimento nenhum, nem positivo nem negativo [...] Tô feliz da vida (E2, 64).

É, eu só cortei os dedo e pronto né, tirei os dedo e daí tudo bem [...] Mas eu não sinto nada, nada, nada mesmo, tô sempre muito bem como se não tivesse nada, tô sempre muito, muito bem, bem mesmo (E6, 76).

Nota-se que a referência ao sentimento de bem-estar diante da amputação, que num primeiro momento pode sinalizar o uso da negação, revela, sob um olhar mais aprofundado, que a perda do membro ainda não foi representada psiquicamente por esses sujeitos. E, uma vez não representada, ela não é sentida nem vivenciada, tampouco elaborada.

Semelhante a isso, a ausência de representação também foi observada na fala de E5, porém sob a ótica da impossibilidade de nomeação da amputação, reforçando que tanto o fato da perda do membro quanto o próprio termo “amputação” não encontram um sentido que o permita ser vivenciado e, no caso, nomeado. Isso ficou explícito quando referiu “*eu sabia que eu ia ter que. . . . Que eu ia ter que fazer. . . . Que ia ser feito aquela... Aquela conduta ali, aquela. . . . (E5, 58)*”.

Ao não conseguir verbalizar o termo *amputação*, que foi substituído em seu discurso por: “*aquela conduta ali*”, E5 demonstrou a não representação psíquica desse fato e, por isso, a dificuldade de nomear algo tão doloroso, aquilo que o faz sofrer, que o põe em contato com a fragilidade que faz parte de todo o ser humano, mas que por muito tempo pôde permanecer em estado menos evidente enquanto a integridade corporal não havia sido abalada. Foi possível observar que, durante toda sua entrevista, o caráter irrepresentável da amputação não permitiu que essa intervenção fosse nomeada, tendo E5 se utilizado de vários termos para designar o que parecia impossível de ser dito, o que é corroborado na fala “*ai eles me disseram que ia ter que. . . . Que tirar. . . . Uma parte né, tirar né. Fazer o procedimento né (E4, 44)*.”

Nesse contexto, no estudo de Sabino, Torquato e Pardini (2013), sobre amputações e a correlação com ansiedade e depressão, foi observado que é comum alguns sujeitos amputados não verbalizarem os sentimentos, tampouco qualquer palavra que se assemelhe ao procedimento realizado, no caso, a amputação. Desse modo, quando E4 não verbaliza o nome do procedimento que fez, o termo causador de angústia, ele revela que, no momento em que a amputação tronou-se real, o impacto causado trouxe à tona não apenas a impossibilidade de representar esse fato, mas também a evidência da fragilidade humana, materializada, agora, em seu corpo.

Sabe-se que, por se tratar de um trauma psíquico cuja interiorização egoica é inexistente, a mutilação corporal precisa ter um sentido para ser vivenciada pelo sujeito. Somente dessa forma é que o novo corpo vai ser aceito e reintegrado por ele. Mas, para que isso aconteça, há um trabalho a ser feito, ou seja, um processo de perda do membro e da antiga vivência corporal para que a nova configuração desse corpo seja construída pelo sujeito.

Para um melhor entendimento dessa relação, salienta-se o que Freud (1917/1996) elucidou sobre o luto, explicando-o sob a lógica da perda do objeto e a conseqüente falta de interesse e de investimentos no mundo externo. Isso significa que, diante de uma perda, real ou simbólica, ocorre um desequilíbrio de investimentos libidinais, isto é, o sujeito enlutado desinveste dos objetos externos e a libido fica localizada no eu, através de um superinvestimento que deverá ser temporário.

Esse investimento libidinal no ego é semelhante ao que ocorre na identificação narcísica, na qual a libido também se localiza no ego, o que é fundamental para a constituição do narcisismo. Quanto a isso, ressalta-se que o narcisismo constituiu-se justamente através do investimento no próprio eu. Através dessa ação psíquica ocorre a unificação das pulsões, que se encontravam dispersas e fragmentadas durante o autoerotismo, fase anterior ao narcisismo, quando o ego ainda não estava constituído. Logo, essa ação resulta na constituição do ego e de seus limites e está intimamente relacionada a constituição dos limites corporais (Freud, 1917/1996; Laplanche & Pontalis, 2001).

Partindo disso, se o processo de luto não acontecer de maneira satisfatória, a reintegração das fronteiras do corpo será prejudicada e o sujeito terá grandes dificuldades em vivenciá-las. O que prejudicará também a reconstrução da imagem de si, ação que também depende do êxito da elaboração da perda do membro.

Sobre isso, enquanto E8, E2 e E6 demonstraram, anteriormente, que esse processo não começou a acontecer, pois referiram que a amputação não acarretou mudanças tampouco sofrimento, E7 sinalizou que a perda do membro já começou a ser elaborada, principalmente quando, ao referir-se ao corpo após a cirurgia, falou “*Um dia eu ia ter que olhar né pro meu corpo. . . . Foi difícil, bem difícil, é ainda bem complicado, mudou. . . . (choro) (E7, 66)*”. De maneira semelhante, o início desse processo de perda e elaboração foi percebido através do seguinte fragmento da entrevista de E4:

Olha, foi só depois de uns. . . . de uns 5 meses que eu fui olhar o pé mesmo. . . . Que aí eu fui ver como é que era e tal. Depois de uns 5 ou 6 meses que eu comecei a visualizar o pé mesmo (E4, 44)

Baseando-se nessas falas, pode-se inferir que o próximo passo, para que esses sujeitos reconstruam suas autoimagens, será a retomada dos investimentos no próprio eu e, assim, construir, novamente, seus limites. Para que isso ocorra o corpo precisa ser vivenciado enquanto um corpo novo, diferente e mutilado e isso só acontecerá devido ao luto. Assim, esse corpo novo deverá ser novamente erogeneizado e investido para que a imagem de si e o narcisismo sejam reestruturados.

Nota-se que a relação entre a reconstrução da imagem corporal e o trabalho de luto é de indiscutível relevância nesse contexto da amputação de membros, haja vista que se a imagem permanecer a mesma de antes da amputação, os novos limites corporais não serão elaborados e uma nova autoimagem não será construída. Além disso, foi observado que, subjacente aos relatos sobre o corpo após a amputação, estão também as dificuldades e as limitações impostas por essa realidade, refletidas na impossibilidade de aceitar essa nova condição, o que será abordado na categoria a seguir.

3.3 Para além da perda do membro: a amputação enquanto uma ferida narcísica

Partindo da compreensão de que a amputação de membros configura-se uma realidade de difícil aceitação pelos sujeitos que a vivenciaram, é importante mostrar, também, como essa realidade apresenta-se e o que ela implica. Sabe-se que a vida pós-amputação difere, em maior ou menor grau, da que vinha sendo mantida até então, pois contém restrições e limitações das mais diversas, cuja importância e influência no cotidiano dependem da função do membro retirado e do contexto de cada sujeito.

Por ser a amputação de membros um evento que leva à incapacidade física, sabe-se que o amputado defronta-se com limitações que contemplam todas as esferas de sua vida, não se restringindo apenas à perda de uma parte importante de seu corpo. Essa perda estende-se à saúde, à eficiência corporal, e causa dificuldades desde o âmbito pessoal até o profissional (Oliveira, 2004; Paiva & Goellner, 2008).

No entanto, cabe fazer uma leitura mais aprofundada do impacto causado pela perda do membro, compreendendo-a para além de dificuldades vivenciadas no dia a dia. É justamente nessa direção que esta categoria segue, mostrando que amputar uma parte do corpo não significa apenas conviver com as limitações mencionadas, pois, ao lançar-se um olhar à subjetividade do sujeito amputado, o que se observa não é somente a perda da autonomia, mas uma perda da imagem de si mesmo e um abalo em seu narcisismo.

Nessa perspectiva, a presente categoria irá abordar a amputação enquanto uma profunda ferida narcísica que confronta o sujeito com restrições e limitações advindas desse procedimento. Essas limitações, que restringem e, muitas vezes, impossibilitam a autonomia dos sujeitos amputados os colocam em contato constante com suas incapacidades e com a ausência de uma completude imaginária. Completude essa que, por ser ilusória, sustentou-se até o momento em que o corpo sofreu um abalo, ou seja, até a amputação derrubar a ilusão de sentir-se completo.

Ao referirem-se à vida antes da amputação, E3, E1 e E4 mencionaram sobre esse confronto traduzido pelas restrições que lhes foram impostas, como se pode ver nos excertos a seguir:

Eu gostava de trabalhar no hospital, a atividade dentro de um hospital, ela é muito cansativa, ela é muito corrida, é corrido lá dentro. Só que eu gostava muito né [...] Eu gostava bastante dessa rotina de trabalho, era muito bom e era muito intenso (E3, 51)

Olha, virou pelo avesso a minha vida, eu tinha carro, eu dirigia meu carro, eu trabalhava. . . . Eu matava meu porquinho pra sobreviver, ia na minha horta, buscava minhas coisa, fazia tudo que eu precisava e tinha que fazer né, fazia tudo que eu queria fazer (E1, 65)

Antes de acontecer isso, eu tinha a minha liberdade, eu saía passear em tudo que é lugar que eu queria e podia ir né. . . . Ia onde eu queria e tudo, trabalhava na oficina, passava o dia trabalhando, eu tava sempre muito ativo (E4, 44)

Percebe-se que nesse tipo de contexto, o passado no qual havia um corpo perfeito se reatualiza e se faz presente sucessivamente, por meio de tudo aquilo que o sujeito amputado não pode mais realizar ou dar continuidade, em sua condição atual, devido às limitações físicas (Paiva & Goellner, 2008). Uma vez convivendo com essas dificuldades, não há como evitar o confronto com as fragilidades do próprio corpo, que podem ser menos evidentes em outros acometimentos orgânicos, mas não quando se trata de uma amputação de membros. As restrições, as atividades que foram abortadas, a dependência do auxílio de outras pessoas e, principalmente, a ausência explícita de uma parte de si mesmo, derrubam qualquer tentativa de manter afastado esse corpo que se mostra frágil.

Logo, tanto a mutilação sentida no corpo quanto as possibilidades para lidar com essa realidade são transpostas à vida e às experiências do cotidiano, ou seja, é preciso que o sujeito amputado se reconheça nessa nova forma de vivenciar seu próprio corpo. E essa vivência do corpo mutilado somente pode ser entendida quando se transita pela construção da imagem corporal e sua relação com o narcisismo.

Partindo disso e baseando-se em Dolto (1984), a imagem corporal está diretamente relacionada à história de cada um, ou seja, é particular e específica de um tipo de relação libidinal. A autoimagem, que é a imagem inconsciente do corpo, pode tornar-se pré-consciente quando se associa à linguagem verbal para se referir ao corpo. A autora também elucidou que a imagem corporal é a memória inconsciente da relação com o outro e uma síntese das experiências de caráter emocional vivenciadas pelo sujeito desde bebê.

Complementando, Nasio (2008) referiu que a mencionada relação com o outro se refere ao contato afetivo, simbólico e carnal entre a mãe e o bebê, desde a vida intrauterina até atingir os três anos de idade. Isso significa que durante esse período de tempo e através dessa relação com a mãe, as impressões e as sensações corporais provenientes desse contato são gravadas no psiquismo da criança. Assim vai sendo construída a autoimagem, alicerçada no processo de erogeneização corporal, isto é, por meio desse intenso contato afetivo, a mãe vai mapeando as zonas erógenas no corpo do bebê e o investindo de sentidos e, assim, localizando-o no universo simbólico familiar.

Nesse ponto encontra-se a articulação entre a imagem corporal e o narcisismo, justamente porque o processo de unificação corporal é a base para a constituição narcísica. Isso significa que as pulsões que se encontravam anárquicas pelo corpo vão unificando-se por meio do narcisismo e vão delineando o corpo do bebê enquanto separado do corpo da mãe. Assim, essa ação narcísica possibilita que a autoimagem e o ego se construam concomitantemente (Laplanche & Pontalis, 2001).

Ressaltando que o ego foi apontado por Freud (1923/1996) como uma projeção mental da superfície do corpo e oriundo das sensações que emergem dessa superfície. O ego, para ele, é essencialmente corporal, visto que é da superfície do corpo que se originam as sensações externas e internas.

Dessa forma, é por meio do narcisismo que se constrói uma representação de si mesmo, uma imagem unificada que cada sujeito tem do seu corpo e que é o alicerce para a constituição egoica. E, diante de uma ferida narcísica como a amputação, vendo-se limitado em seu corpo e em suas atividades, a autoimagem precisa ser reestruturada e, para isso, ele terá de conviver com suas limitações e vivenciar tanto as dificuldades quanto as potencialidades que nele estão presentes.

Isso foi muito bem explicado por Winograd, Solero-de-Campos e Drummond (2008) ao pontuarem que na amputação de membros há uma morte real de alguma parte significativa do corpo e uma morte simbólica de um estilo particular de vida, de um jeito de ser, de uma

identidade e ainda é preciso que se consiga dar vida a todo o restante que se mantém saudável. Há que se viver outra forma corporal. Ressaltando-se que havia uma história sendo vivida antes da amputação, história essa que foi interrompida, marcando o início de um discurso que delimita passado e presente, antes e depois da cirurgia (Paiva & Goellner, 2008).

Quanto a isso, viver outra forma corporal significa aceitar e investir novamente em seu corpo, reconstruir sua autoimagem, já que diante da amputação enquanto um fato traumático, representações para esse corpo, agora “estranho” ao sujeito, precisam ser construídas. Nas falas seguintes os entrevistados revelam a necessidade de um reinvestimento libidinal em si mesmos para que seus corpos possam retornar ao estado de unidade, para que assim cada um descubra uma maneira de reinventar-se diante dessa realidade:

Depois, o pós-amputação. . . . É querer trabalhar e não poder, é querer fazer alguma coisa e não poder, não conseguir, a parte mais difícil foi essa, a minha aposentadoria [...] O que antes eu queria fazer, hoje eu tenho que colocar um se [...] Levanto, tomo chimarrão, fico sentado né [...] O que eu não quero pra mim é uma vida contemplativa assim né, isso eu não quero pra mim (E3, 51)

Agora virou tudo ao contrário do que eu pensava na vida [...] Ir no banheiro, tomar banho, trabalhar. . . . Tudo, tudo. Não dá nem pra buscar uma coisa, nada. Mudou a vida do vinho pra água, agora é horrível, um inferno. [...] Agora é só na cama e na cadeira, então eu estranho muito. E agora nada, nada, nada. . . . Zero! Tá difícil (E1, 65)

Tá completamente diferente agora. . . . Eu não posso mais fazer o que eu fazia antes né, eu não posso mais cuidar de mim mesma, sair pra trabalhar todos os dias. Só na cama e na cadeira né, é muito difícil, muito. (E7, 66)

Percebe-se, através desses fragmentos, a ausência do imprescindível processo de reintegração corporal e, além disso, indícios de um narcisismo ferido, o que denota, também, um abalo na subjetividade, já que se sabe da importância da ação narcísica para a construção subjetiva de cada um. Sobre isso, E3, E1 e E7 demonstraram a dificuldade para cuidarem de si mesmos, o fato de não poderem mais realizar as atividades de antes e a impossibilidade de ficar e manterem-se em pé, passando longos períodos sentados, conforme seus relatos, denunciando as fragilidades dessa vivência corporal.

Quando E1 refere que a amputação o impede de realizar suas atividades, comparando sua vida atual a um estado de “nada” e “zero”, pode-se refletir que essas palavras sinalizam o que de fato está acontecendo nos investimentos que deveriam estar direcionados ao próprio eu, ou seja, estão inexistentes. Essa forma de referir-se à condição de amputado e, especificamente, ao seu estado, remete à importância de retomar o investimento libidinal tomando o próprio ego como objeto, para poder reconstruir-se e transitar desse estado de

sentir-se “*nada*” para outro por meio do qual consiga sentir e significar seu corpo amputado como ainda capaz de realizar tarefas, mesmo que de maneiras diferentes e sob novas condições.

Assim, a reconstrução da autoimagem e a ação narcísica de unificação pulsional são, tal como no início da vida, essenciais para que o novo corpo, mesmo amputado, torne-se uma unidade e seja representado simbolicamente. É preciso que uma nova imagem unificada do corpo seja projetada no psiquismo desses sujeitos para que possam vivenciar seus corpos como eles se apresentam, ou seja, com a amputação e com todo o restante saudável.

E enquanto o sujeito transita por esse período de tentativas de reintegração corporal e (re) significações, há que se lançar um olhar para algumas manifestações que permeiam as limitações e restrições advindas da amputação, conforme esta categoria apontou. Não há como abordar a realidade da amputação sem mencionar a dor no membro ausente, que muitas vezes alia-se ao restante de limitações e é tratada apenas como mais um sintoma ou característica da vida pós-amputação. Esse olhar mais atento será discutido a seguir.

3.4 Quando o membro ausente faz sentir-se: uma leitura além das sensações

No cenário da amputação, também é comum ouvir relatos a respeito da sensação de dor nos membros que foram seccionados, a chamada Síndrome do Membro Fantasma, que também deve ser considerada quando se trata de reintegração corporal. Tecnicamente, essa dor explica-se pelo fato de que o amputado tem a sensação de que o membro perdido continua presente, ou seja, há a consciência de dor na extremidade que foi retirada. É uma sensação muito real que pode ser queimação, dormência, pontadas e até mesmo uma ilusão vívida da existência e do movimento do membro ausente (Benedetto et al., 2002; Seren & De Tilio, 2014; Demidoff, Pacheco, & Sholl-Franco, 2007).

De acordo com o ponto de vista biológico, essa dor pode ser explicada partindo da concepção de corpo puramente orgânico cuja sensação de dor no membro amputado é produto de um reflexo, sendo que sua gênese encontra-se no córtex cerebral. Esse fenômeno foi esmiuçado por Silva (2013) em um artigo que se debruçou sobre a construção da imagem corporal a partir de teses neurológicas.

No referido artigo, o autor apontou que a dor no membro fantasma pode ser explicada através de pesquisas que comprovaram a capacidade cerebral de sentir e de gerenciar, cognitivamente, a imagem do corpo, fazendo com que a representação do corpo se prolongue por toda a superfície cerebral. Isto é, é possível que, neurologicamente, os membros

amputados sejam percebidos e vivenciados por um longo período posterior ao procedimento, devido aos registros cerebrais que representam cada membro.

Porém, o presente estudo debruça-se na concepção de corpo psicanalítico e, dessa forma, a dor fantasma será, aqui, abordada e compreendida sob essa perspectiva. Isso significa que, embora a dor fantasma seja comum e relatada pela grande maioria de pessoas submetidas à amputação (Demidoff et al., 2007), é importante que se atente aos aspectos subjetivos que estão implicados nessas sensações.

Diante disso, esta categoria vai apresentar esse fenômeno do membro fantasma, relatado por alguns entrevistados, relacionando-o com os constructos da imagem corporal. Pois, sob essa ótica, é possível compreender que as sensações ou manifestações do membro amputado podem estar diretamente ligadas à percepção e à vivência corporal dos sujeitos e não ser apenas um acontecimento esperado quando se fala em amputação de membros.

Lembrando que a imagem corporal é a representação inconsciente do corpo, pode-se entender o porquê dos sujeitos ainda sentirem o membro que foi retirado, o que vai muito além de uma sensação ou de um reflexo. Quando os limites corporais são alterados por uma amputação, pode-se pensar que a representação desse corpo mantém-se a mesma de antes da amputação, necessitando um trabalho psíquico para a construção de uma nova imagem corporal.

Durante as entrevistas, esse assunto foi abordado por alguns participantes, quando mencionaram sobre o corpo depois da amputação, assim como nos relatos a seguir, referindo-se a uma ilusória presença desses membros ausentes:

Eu sentia como se meu joelho tivesse normal, sentia coceira [...] Colocava a mão no joelho e sentia dores muito fortes no calcanhar. . . . Que não existe né. Era como se eu tivesse assim pisando numa quina, numa ponta assim, sabe. Uma coisa muito estranha, é como se tivesse ali, muita dor, muito forte, realmente. E eu pensava assim, mas o que que é isso. . . . É uma coisa muito estranha. (E3, 51)

Às vezes coça os dedos, dá aquelas coisas, aí tu não leva a mão na outra perna, leva a mão lá! Assim também com o garrão e eu levo a mão lá! Mas eu digo que garrão se eu não tenho nada, nem pé, nem perna (E8, 65)”

Diante dessas falas, pode-se pensar que essa impressão de que os membros amputados ainda estão presentes e causando sensações como coceira e dores de diferentes intensidades, referem-se a uma imagem corporal que ainda não foi abandonada pelo sujeito, pois, após uma reconstrução da autoimagem essas manifestações descritas não mais existiriam. Sobre isso, Nasio (2008) explicou que a imagem corporal, que se constitui através do investimento e da

relação com o outro, perdura ao longo da vida do sujeito enquanto representação psíquica. É essa representação psíquica que vai permanecer durante a existência do sujeito e é justamente ela que influencia a vivência do corpo mesmo na vida adulta, determinando a postura, a conduta, as atitudes e, principalmente, a percepção que o sujeito terá de seu corpo.

Nesse percurso, muitos eventos podem abalar essa autoimagem, mas não significa que vão exigir uma reconstrução da mesma. Porém, um evento como a amputação de membros, além de causar uma ruptura na autoimagem, faz com que sua reconstrução seja essencial para a reintegração corporal e para que manifestações de dores e sensações no membro já retirado, por exemplo, não aconteçam.

Dessa forma, parte-se de que, antes de uma amputação de membros, a imagem corporal era condizente a um corpo fisicamente saudável e, principalmente, estava sendo vivenciado dessa forma. Benedetto et al. (2002) apontaram que após o procedimento, essa imagem do corpo sofre um abalo e, enquanto a perda do membro não é assimilada pelo sujeito, a dor fantasma pode surgir, mostrando que não há uma aceitação dessa perda e há um desejo de reviver o corpo antigo e mantido até então.

Pode-se dizer que o que ocorre é um dar-se conta da incompletude após negá-la por meio da dor e do desejo de ainda ter o membro, refletido numa sensação que o traz de volta ilusoriamente por um período de tempo geralmente breve. É justamente isso o que as falas citadas exemplificaram, principalmente quando E8 e E3 relataram que a sensação é tão vívida, que ambos tentavam tocar o membro amputado em função da forte dor que sentiam no mesmo.

Isso porque em sua autoimagem esse membro ainda existe e a alteração ocorreu apenas no corpo anatômico e não na vivência e na percepção desse corpo. Isso significa que há um conflito entre a imagem corporal e o corpo real, isto é, entre a imagem psíquica do corpo e a imagem real e orgânica do mesmo, tal como ele está após a amputação. É esse corpo real que confronta constantemente o sujeito com uma outra imagem, a que ele mantinha de seu corpo até então e a qual está com dificuldades de reestruturar.

Assim, a permanência dessa dor fantasma pode vir a prejudicar o processo de reintegração corporal (Benedetto et al., 2002), indicando uma não aceitação dessa mutilação, mesmo ela se mostrando a todo o momento para o sujeito, através das limitações e da própria ausência de uma parte do corpo. Isso prejudica o sujeito no sentido de tentar se readaptar no novo corpo, agora mutilado, pois, enquanto não vivencia a perda do membro, afasta qualquer possibilidade de reestruturação da imagem corporal.

Ressaltando que o que ocorre nessas condições é uma fragilização da imagem corporal, embora ela continue vigorando para o sujeito. Isso se explica pelo fato de que a integração psíquica dessa mutilação corporal não ocorre imediatamente após o evento cirúrgico, ou seja, a retirada de um membro anatômico não é suficiente para que a autoimagem se modifique instantaneamente. Para isso acontecer, é imprescindível a ação do trabalho de luto e de elaboração do membro perdido, pois, logo após a amputação, o que vigora é a imagem corporal existente antes da amputação.

Compreende-se esse fenômeno devido ao fato de a perda representar uma perda de si mesmo, do senso de identidade de cada sujeito e não apenas uma perda física (Bazhuni & Sant'Ana, 2006). Somente após a elaboração dessa perda é que o reinvestimento narcísico no corpo mutilado vai acontecer, tornando-o unificado novamente e reestruturando a autoimagem.

Uma vez que todo esse processo aconteça, pode-se pensar que a amputação venha a ser uma aliada na melhora da qualidade de vida desses sujeitos, embora essa ideia, num primeiro momento, pareça uma contradição, visto que esse procedimento retira um pedaço do corpo. Porém, ao chegar às vias da cirurgia de amputação, sabe-se que, provavelmente, outros métodos já foram utilizados e não obtiveram sucesso terapêutico, levando os sujeitos a optarem entre perder uma parte de si mesmo ou correr sérios riscos de piorar seu estado de saúde. A relação entre essa possibilidade e o processo de reestruturação da autoimagem será abordada na seguinte categoria.

3.5 Quando a perda é necessária: a amputação como possibilidade de vida

Em muitos casos, a amputação assume um caráter de salvação para o sujeito, sendo uma possibilidade de sobrevivência e término de alguns tipos de dores e de intervenções altamente invasivas que não alcançavam resultados positivos. Além disso, não é raro que a amputação represente a única saída para evitar a morte. Diante do êxito desse processo, a amputação pode associar-se à chance de uma vida com qualidade mesmo diante de muitas limitações e incapacidades que esse evento traz.

Nesse sentido, em um estudo com sujeitos amputados, Paiva e Goellner (2008) verificaram, dentre outros resultados, que optar pela amputação é uma maneira de resistir à ameaça de morte e, quando eles superam sentimentos ambíguos em relação à perda do membro e tentam adaptar-se à nova condição, também é uma forma de não sucumbir à essa ameaça. Para muitos dos participantes do referido estudo, a vida dependia da extirpação de

uma parte do corpo cujo comprometimento poderia alastrar-se e ameaçar a saúde do restante do corpo.

Tendo isso em vista, esta última categoria vai abordar a cirurgia de amputação como uma possibilidade de vida, de acordo com o que foi observado nos depoimentos de alguns entrevistados, que sinalizaram o quanto a secção de uma parte do corpo foi necessária para maiores chances de sobrevivência, conforme pode-se visualizar nos seguintes relatos:

Antes da cirurgia era uma vida triste, eu não dormia de noite, amanhecia acordado de tanta dor. . . . Mas hoje, depois da cirurgia pronta, eu não sinto mais dor e não tem mais perigo nem risco de aumentar a infecção né, hoje é sem dor e sem perigo de vida (E2, 64)

Mas sabe que o médico mesmo me disse 'se a senhora não fizer a amputação, vai acontecer que vai subir essa trombose, vamo ter que fazer, é a única saída'. E aí então eu disse que se é assim vamo fazer né, tem que fazer (E7, 66)

No meu caso a amputação seria o último recurso tentado pela medicina [...] Não haveria outro método de tratamento, não teria mais Teria que ser amputação mesmo, já não tinha mais pra onde recorrer nem outro procedimento a ser feito, porque já tinham tentado de tudo né (E3, 51)

Contudo, não basta que a retirada de um membro anatômico proporcione uma melhora no estado de saúde do sujeito se ele não se reconhecer sob essa nova condição corporal e não conseguir integrá-la psicologicamente. A amputação só repercutirá enquanto uma possibilidade de vida se ele perder esse membro subjetivamente, elaborar essa perda e reconstruir sua autoimagem, reconstruindo-se, assim, narcisicamente.

Se isso não acontecer, a amputação pode representar algo mortífero ao sujeito, o que se explica retomando o caráter traumático desse evento e os efeitos patogênicos que pode causar. Ademais, não vivenciar o luto pelo corpo mutilado e pela imagem corporal abalada ou vivenciá-lo de maneira patológica pode levar o sujeito a dois caminhos danosos. Um deles é quando o sujeito não elabora essa perda e luta para manter a imagem corporal com o membro amputado, revelando que, inconscientemente, ele tenta manter a integridade de seu corpo (Demidoff et al., 2007), o que prejudica a reintegração corporal.

Outro caminho possível, nesse contexto desfavorável, é quando ele não consegue desligar-se do objeto que foi perdido, no caso, uma parte de seu corpo e, assim, não investe novamente em si mesmo prejudicando a ação narcísica que vai tornar seu corpo uno, mesmo mutilado. Quanto a isso, Freud (1917/1996) esclareceu que, ao não direcionar investimentos libidinais a si mesmo, concentrando-os no objeto perdido, o sujeito se depara com um

trabalho de luto patológico diante dessa perda real e simbólica que ele não teve recursos internos para dar conta.

Essa retomada no percurso pelo qual transita o sujeito amputado objetiva mostrar que tudo isso é imprescindível na realidade da amputação de membros. A interligação entre os processos de vivência da perda e a reconstrução narcísica de cada sujeito depende justamente do trabalho de luto pela perda do corpo real e orgânico e do corpo subjetivo, cenário das construções simbólicas cujos limites estremecidos reverberam nas fronteiras do ego, abalando-as da mesma forma.

Desse modo, num determinado espaço de tempo após a perda do membro, cada sujeito, de acordo com as suas possibilidades e recursos egoicos, vai conseguir adequar a autoimagem ao novo corpo ou vai ter dificuldades nesse processo em função da ausência de um trabalho de luto satisfatório, conforme observado nas categorias apresentadas. O que se espera é que o sujeito amputado tenha condições de reinvestir-se libidinalmente e possa integrar a sua imagem aos novos contornos corporais e suas potencialidades.

Portanto, o que se observa através da categorização dos conteúdos obtidos neste estudo é que a cirurgia de amputação de membros repercute diretamente nas construções simbólicas do sujeito que vivencia essa perda. É notório que, considerando as peculiaridades de cada caso, uma intervenção como a amputação vai exigir do aparelho psíquico um trabalho importante que culmine na reestruturação subjetiva do sujeito. E é desse trabalho que vai depender a nova concepção de si mesmo, com a ausência do membro integrada a sua imagem e balizando suas fronteiras narcísicas, ou, como ausência que não pôde ser elaborada, ganhando um caráter mortífero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação apresentou os resultados de uma pesquisa que se propôs a lançar um olhar sobre os significados que os sujeitos submetidos à cirurgia de amputação de membros atribuem ao processo de mudança corporal. Para isso, buscou-se identificar como se dá a articulação desse evento com o narcisismo e a imagem corporal desses sujeitos.

Primeiramente, construiu-se uma breve discussão teórica sobre o estatuto do corpo à luz da psicanálise, baseada nos ensinamentos Freudianos e em autores contemporâneos, com o intuito de demonstrar que o corpo psicanalítico difere do corpo orgânico e puramente biológico. Em nenhum momento esse fator foi completamente descartado. Entretanto, neste estudo, direcionou-se um olhar atento para o corpo subjetivo, aquele que é construído e permeado pelas relações, que é campo das pulsões, dos investimentos e da linguagem.

Objetivou-se, por meio dessa discussão, demonstrar que o corpo psicanalítico é uma construção que se dá na interface psique-soma. Por essa razão, uma intervenção física invasiva como a cirurgia de amputação de membros pode ser considerada, também, uma intervenção psíquica, o que se explica pelo fato de esse evento abalar não somente os limites do corpo anatômico, mas causar uma ameaça aos limites do eu.

Através dessa construção, compreendeu-se a importante articulação entre a mutilação corporal, a imagem inconsciente do corpo e o narcisismo. Essa articulação tornou-se ainda mais evidente no transcorrer das entrevistas com os sujeitos participantes deste estudo, que proporcionaram achados relevantes nesse sentido, mostrando as repercussões psicológicas da cirurgia da amputação de membros. Os mencionados achados foram expostos e discutidos num segundo momento, demonstrando que os objetivos traçados foram alcançados e evidenciados, conforme a seção de categorização dos resultados revelou.

Observou-se que a amputação alterou a percepção que os sujeitos entrevistados tinham de si mesmos, uma vez que a autoimagem foi abalada. Alguns participantes demonstraram a permanência da imagem corporal que vigorava até o momento da retirada do membro, o que veio a prejudicar o importante processo de reintegração corporal que, para transcorrer com êxito, exige um trabalho de luto não só pelo membro retirado, mas pela imagem corporal mantida até então. E, se a imagem corporal foi abalada, sabe-se que a ação narcísica de unificação corporal terá de ser reestruturada para que o corpo mutilado seja representado no psiquismo desses sujeitos.

Já em outros participantes, foi observado o início desse processo de perda e de elaboração tanto do membro perdido quanto da imagem corporal, pois as falas traduziam a dor pela perda e o sofrimento de sentir-se mutilado. Isso evidenciou que eles estavam vivenciando essa mutilação corporal, um passo importante e imprescindível para que a reconstrução narcísica aconteça.

Partindo disso, independente das peculiaridades de cada participante, verificou-se que a mutilação do corpo provocou uma abrupta ruptura nos alicerces simbólicos constitutivos de cada um, ameaçando todo o arcabouço que o sustentava até o momento da perda do membro e repercutindo diretamente na imagem de si mesmo e em seu narcisismo, exigindo um movimento de reorganização psíquica e corporal. O fato é que, cada um vai lidar com esse evento de acordo com suas condições e recursos internos.

Porém, no contexto da amputação, o que se observou foi que, para esses sujeitos, esta intervenção teve um caráter traumático. Não por ser um evento nunca experienciado, mas por ser carregado de excitação tão intensa que transborda o aparelho psíquico e, diante disso, não há possibilidade de ser representado, tendo em vista a fragilidade egoica e a impossibilidade de esse evento ser integrado a sua trama simbólica.

Pensando nisso, mesmo que nas entrevistas aqui descritas não tenham surgido conteúdos referentes ao uso de próteses, é possível pensar que, embora haja essa possibilidade futuramente para os sujeitos entrevistados, o que pode representar um avanço na qualidade de vida e uma maior autonomia, isso não exclui o necessário trabalho de luto pelo membro perdido e pela imagem corporal abalada, conforme ficou explícito neste estudo. Isso porque a questão central de todo esse processo de reintegração corporal pós-amputação é a vivência dessa perda. É preciso senti-la, nomeá-la e é necessário reconhecer-se diante dessa falta que expõe a fragilidade do corpo, visto que está explícita nele.

Pode-se pensar que a diferença entre um sujeito protetizado que conseguiu adequar-se ao membro artificial e outro que não obteve resultados positivos com o mesmo, está justamente em como cada um vivenciou a amputação e toda a repercussão psíquica dela decorrente. Por isso, a amputação não deve ser compreendida apenas como uma cirurgia pela qual se extirpa uma parte do corpo e que corta, definitivamente, a relação do sujeito com esse membro. É preciso que se atente às repercussões psicológicas oriundas desse procedimento, que reverberam diretamente na reabilitação pós-cirúrgica e na necessária reestruturação psíquica.

Quanto a isso, seria importante que, frente à realidade da amputação, fosse prestado um amparo psicológico ao sujeito, escutar suas fantasias, angústias, receios e incertezas diante de um corpo diferente que vai repercutir em todas as esferas de sua vida. Em nenhum momento das entrevistas foi mencionado sobre a atuação do psicólogo junto à equipe médica responsável pelo caso de cada sujeito, demonstrando que esse espaço de escuta não foi a eles oferecido. Pode-se pensar que o amparo psicológico, nesses casos, deveria acontecer durante todo o período de internação, desde o preparo pré-cirúrgico até a alta hospitalar, garantido que, mesmo em um período curto de tempo, o sujeito pudesse expressar os sentimentos diante desse evento doloroso.

Isso posto, cabe ainda ressaltar que os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados, uma vez que a pesquisa de cunho qualitativo, que caracteriza o presente estudo, preconiza um número de participantes que pode ser reduzido, enfatizando os fenômenos que são estudados e não objetivando que seus achados sejam generalizados numa determinada população, no caso, sujeitos submetidos à cirurgia de amputação de membros. Assim, os achados deste estudo não devem ser utilizados como regra em casos de amputação, haja vista que outros sujeitos, em contextos diversos, podem revelar dados diferentes que direcionem a outras conclusões. Isso é compreensível quando se trata de pesquisas que se atentam às subjetividades e não apenas a dados quantitativos.

Nessa direção, espera-se que este estudo contribua para pesquisadores interessados na problemática da amputação vista sob uma perspectiva psicológica, valorizando essa esfera que não deve ser desconsiderada quando se trata de um procedimento cirúrgico tão invasivo como esse. Que esta dissertação possa instigar novas pesquisas nesta área.

Almeja-se, ainda, que toda a reflexão aqui construída possa auxiliar profissionais da saúde que lidam diretamente com sujeitos amputados a melhor compreenderem suas reações, sentimentos e comportamentos diante do estado de mutilação corporal. Além dos profissionais, pretende-se que os achados desta pesquisa auxiliem familiares e cuidadores de sujeitos amputados a melhor entender essa realidade.

Igualmente importante é que este estudo também consiga levar informações e apoio aos próprios sujeitos que vivenciam a amputação, mostrando outra perspectiva sobre esta experiência ainda tão carregada de estigmas. Espera-se que esses resultados possam proporcionar aos sujeitos amputados o entendimento de que o processo da perda de uma parte de si é um percurso no qual será preciso investimento, aceitação, vivência da dor e do luto e, também, descoberta de novas possibilidades de experiências com o próprio corpo.

Também ressalta-se que, a partir desta dissertação, serão construídos artigos contendo os resultados aqui descritos, no intuito de que a comunidade, os pesquisadores e demais interessados tenham acesso aos mesmos. Nesse contexto, sabe-se que toda pesquisa gera desdobramentos e, deste estudo, fica o interesse e o desejo em aprofundar essa temática, podendo, assim, dar continuidade e essa discussão que relaciona a mutilação corporal com conceitos importantes da psicanálise.

Por fim, espera-se que esta pesquisa possa contribuir na percepção de que a amputação de membros pode desvelar-se enquanto uma possibilidade de vida. E, uma vez que representa uma chance de sobrevivência, este trabalho buscou mostrar que a mesma não se refere apenas à sobrevivência orgânica, física e biológica, mas a uma sobrevivência psíquica, a uma reestruturação necessária que vai tornar esse corpo mutilado em um corpo uno, cenário de potencialidades.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bazhuni, N. F. N., & Sant'anna, P. A. (2006). O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 86-101.
- Benedetto, K. M., Forgione, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátrica*, 9(2), 85-89.
- Birmam, J. (2011). *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume Dumar.
- Chini, G. C. O., & Boemer, M. R. A. (2007). Amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(2), 330-336.
- Bocolini, F. (2000). *Reabilitação – Amputados, Amputações e Próteses*. São Paulo: Robe Editorial.
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012*.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada*.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2014). *Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS*.
- Breda, F. P. (2007). O pequeno incrível Hulk- Questões sobre o duplo. *Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre*, 33, 80-89.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução Nº 010/2012. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*.
- D'Amour, S., Pritchett, L. M., & Harris, L. R. (2014). Bodily Illusions Disrupt Tactile Sensations. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, No Pagination Specified. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038514>
- Debenetti, C. I., & Fonseca, T. M. G. (2006). Por uma clínica do impessoal: articulações entre o corpo e o tempo. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 6(2), 345-369.
- Demidoff, A. O., Pacheco, F. G., & Sholl-Franco, A. (2007). Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente. *Ciências e Cognição*, 12, 234-239.
- Dolto, F. (1984). *A Imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation Psychology*, 41(4), 285-302. *Rehabilitation Psychology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.41.4.285>
- Elia, L. (1995). *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê.

Fernandes, M. H. (2006). Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Percurso*, 29(2), 51-64.

Ferreira, S. C. (2005). *Aspectos Psicossociais da Deficiência Física Adquirida (DFA): Dependência/Independência de Pacientes Amputados de Extremidades Inferiores* (Trabalho de conclusão do curso de Graduação, Faculdade de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Manaus).

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

Freud, S. (1996). A interpretação dos sonhos. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)

Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1996). A relação dos chistes com o sonho e o inconsciente. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol.8). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1996). As pulsões e seus destinos. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (1996). Conferências introdutórias sobre a Psicanálise. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)

Freud, S. (1996). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905 [1901])

Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917 [1915])

Freud, S. (1996). O Ego e o Id. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

- Freud, S. (1996). O inconsciente. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol.14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996). Totem e tabu. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M., A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 30, 59-72.
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M., A. (2010). *Estados emocionais, formas de enfrentamento, rede de apoio e adaptação psicossocial em pacientes amputados* (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis).
- Galván, G. B., & Amiralian, M. L. T. M. (2009). Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 391-398.
- Gambá, M. A., Gotlieb, S. L., Bergamaschi, D. P., & Vianna, L. A. C. (2004). Amputação de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo de caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 399-404.
- Garcia-Roza, J. A. (2011). *Introdução à metapsicologia freudiana*. (4 ed.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Guerriero, I. C. Z., Schmidt, M. L. S. & Zicker, F. (2008). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4 ed.) São Paulo: Atlas.
- Lakatos, M., & Marconi, M. A. (1990). *Técnicas de pesquisa*. (2 ed.) São Paulo: Atlas.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. C. O. (2006). Corpo em Psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 241-250.
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. C. O (2010). Ressonâncias do narcisismo na clínica psicanalítica contemporânea. *Análise Psicológica*, 28(2), 269-280.

Le Breton, D. (2011). *Adeus ao corpo- Antropologia e sociedade*. (6 ed.). São Paulo: Papirus Editora.

Lenggenhager, B., Hilti, L., & Brugger, P. (2014). Disturbed Body Integrity and the “Rubber Foot Illusion”. *Neuropsychology*, No Pagination Specified. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/neu0000143>

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

Mello filho, J., & Burd, M. (2010). *Psicossomática Hoje*. (2 ed) Porto Alegre: Artes Médicas.

Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (11 ed.) São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2012). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (31 ed.) Petrópolis: Vozes.

Nascimento, R. M. (1998). Câncer & transferência: via possível de subjetivação. In: *Pulsional: Boletim de Novidades*. São Paulo: Livraria Pulsional, 31-36.

Nasio, J. D. (2008). *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

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

Padilha Netto, N. K., & Cardoso, M. R. (2012). Sexualidade e pulsão: conceitos indissociáveis em psicanálise? *Psicol. estud.*, 17(3), 529-537 .

Paiva, L., & Goellner, S.V. (2008). Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 12(26), 485-497.

Palermo., Di Vita, A., Piccardi, L., Trallesi, M., & Guariglia, C. (2014). Bottom-up and top-down processes in body representation: A study of brain-damaged and amputee patients. *Neuropsychology*, 28(5), 772-781. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/neu0000086>

Pedrosa, K. J. A. (2005). *A relação corpo-psiquê: um estudo com indivíduos amputados em processo de reabilitação* (Trabalho de conclusão do curso de Graduação, Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Manaus).

Rodrigues, L. M., & Prizkulnik, L. (2011). *Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes com amputação em reabilitação com próteses* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo).

Romero, S. M. Grupo Focal. In: Scarparo, H. *Psicologia e Pesquisa: perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 55-78.

Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(1), 50-55.

Silva, S. E., Padilha, M. I., Rodrigues, I. L. A., Vasconcelos, E. V., & Santos, L. M. S. (2010). Meu Corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Rev. bras. Enferm.*, 63(3), 404-409.

Sikorski, V., & Schierl. (2014). Attitudes in context: Media effects of salient contextual information on recipients' attitudes toward persons with disabilities. *Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications*, 26(2), 70-80. doi: doi.org/10.1027/1864-1105/a000113

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Viana, D. A. (2004). *Figurações da Corporeidade. Por uma concepção psicanalítica de corpo pelas bordas da pulsão* (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ).

Winograd, M., Sollero-de-Campos, F., & Drummond, C. O. (2008). Atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(1), 139-170.

Zecchin, R. N. (2004). *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Prezado(a) Senhor(a):

Esse documento é parte de uma pesquisa intitulada **Corpo, Imagem e Significados: Considerações sobre a vivência da amputação** que se destina à elaboração de uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM, a qual será desenvolvida através de entrevistas. Esse estudo pretende entender como uma pessoa que passou pela cirurgia de amputação de membros enxerga seu corpo e as mudanças que aconteceram com ele após esse procedimento, bem como seus sentimentos e sensações. Para concretizá-lo, solicitamos a sua autorização e colaboração voluntária na realização da entrevista.

A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade, agendada com antecedência e poderá ser realizada no Hospital Universitário de Santa Maria ou na sua casa, de acordo com suas possibilidades e preferências. Para registrar os dados de forma segura, as entrevistas serão gravadas, diante de sua concordância. Será mantido o seu anonimato e a confidencialidade das suas informações, ou seja, os dados que venham a identificá-lo serão mudados por códigos. A gravação de áudio será arquivada em local restrito à pesquisadora e seu orientador e apagada após cinco anos, assim como a entrevista impressa, que será incinerada após esse mesmo período. É importante ressaltar que, durante esses cinco anos, suas informações estarão sob responsabilidade e acesso aos pesquisadores. Os dados, após a análise, serão divulgados na Dissertação de Mestrado, em periódicos científicos e eventos científicos na área da saúde, ficando os pesquisadores comprometidos com a entrega do relatório final para esta instituição.

Quanto aos riscos provenientes de uma pesquisa, estes não são maiores ou distintos dos advindos de uma conversa informal. No entanto, você poderá sentir-se desconfortável ou incomodado diante de algum questionamento que o remeta a algumas situações ainda não elaboradas que suscitem sofrimento. A participação não lhe trará benefícios diretos, mas contribuirá de forma importante para os estudos referentes a amputação de membros, de modo

a suscitar reflexões e pesquisas sobre essa problemática. Caso ocorra, durante a pesquisa, algum fator que lhe provoque angústia, os pesquisadores poderão sugerir a busca por um serviço de apoio para que você possa conversar, visando minimizar o foco do sofrimento. Você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa a qualquer momento, sempre que julgar necessário e também é garantido o direito de desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem prejuízos. Destaca-se que os custos gerados por esta pesquisa serão de total responsabilidade dos pesquisadores, que também se comprometem a seguir as diretrizes da Resolução 466/2012, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

Priscila Ferreira Friggi
Pesquisadora
Mestranda em Psicologia

Alberto Manuel Quintana
Orientador/Pesquisador responsável
Professor Associado do Departamento
de Psicologia da UFSM.

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma permanecerá de posse dos pesquisadores e a outra, do participante.

Eu, _____, RG
N. _____ informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de
qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios,
além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual
aceito participar livre e espontaneamente.

Assinatura do participante

Data: ____/____/2014.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
CEP/UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 Cidade
Universitária - Bairro Camobi - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362; e-mail:
comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br
Equipe de pesquisa: Coordenador, Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel:3222-0936; e-mail:
albertoq@gmail.com); Psicóloga Priscila Ferreira Friggi (Tel: 99558593, e-mail:
prifriggi@hotmail.com).

APÊNCIDE B- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Título do projeto: Corpo, Imagem e Significado: Considerações sobre a vivência da amputação

Pesquisador responsável: Alberto Manuel Quintana

Instituição/Departamento: UFSM/Psicologia

Telefone para contato: (55) 3028 0936

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de entrevistas gravadas em áudio. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e também serão divulgadas em eventos e periódicos científicos. As informações somente poderão ser divulgadas preservando o anonimato dos participantes e serão mantidas no Departamento de Psicologia, sala número 309 por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof. Pesquisador Alberto Manuel Quintana. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, _____ de _____ de 2014.

Priscila Ferreira Friggi
Pesquisadora
Mestranda em Psicologia

Alberto Manuel Quintana
Orientador/ Pesquisador responsável
Professor Associado do Departamento
de Psicologia da UFSM.

APÊNCIDE C- EIXOS NORTEADORES

- **Indicação para cirurgia de amputação:**
 - Situação geral antes do procedimento;
 - Forma como foi dada a notícia da necessidade de amputação/ quem estava junto;
 - Previsibilidade de diagnóstico/ notícia inesperada;
 - Pensamentos e sentimentos gerados no momento da notícia/ reações/ atitudes imediatas;

- **Processo Cirúrgico:**
 - Pós-operatório imediato/ primeiro contato com o corpo/região da amputação;
 - Pós-operatório intermediário/ adaptações/ limitações/ reações;

- **Seu corpo antes da cirurgia:**
 - Definição da vida antes da amputação;
 - Definição do corpo antes da amputação/ descrição/ diferenças/ sensações;

- **Seu corpo depois da cirurgia:**
 - Definição da vida depois da amputação;
 - Definição do corpo depois da amputação;

- **Um dia de sua vida:**
 - Ocupação anterior/ atual/ adaptações pós-amputação;
 - Atividades cotidianas antes e depois da amputação.

- **Você e o espelho.**
 - Os primeiros contatos com o espelho após o procedimento/ sentimentos/ pensamentos.

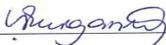
ANEXO A- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Autorização Institucional

Autorizo que o projeto de pesquisa **Corpo, Imagem e Significados: Considerações sobre a vivência da amputação**, que tem por objetivos compreender os significados atribuídos pelos sujeitos amputados ao processo de mudança corporal e, mais especificamente, identificar a relação entre a cirurgia de amputação e o narcisismo e descrever como a cirurgia de amputação e a imagem corporal se articulam.

Visando a atingir o objetivo proposto, serão realizadas entrevistas individuais com pacientes submetido à cirurgia de amputação assistidos no Hospital Universitário de Santa Maria. Para tanto, serão sempre considerados os aspectos éticos referentes às pesquisas com seres humanos.


Nome e carimbo **Vânia Durgante**
Enfermeira - EMTN
COREN 29881

Autorizado em 18/11/13

Santa Maria, 18 de Novembro de 2013.

ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Corpo, Imagem e Significados: considerações sobre a vivência da amputação.

Pesquisador: Alberto Manuel Quintana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26372514.1.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 555.040

Data da Relatoria: 11/03/2014

Apresentação do Projeto:

Tratando-se da amputação, que é a retirada parcial ou total de um membro, o próprio termo gera temor e estranhamento na grande maioria das pessoas, proporcionando sentimentos de derrota e incapacidade nos sujeitos amputados. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que será desenvolvido com sujeitos submetidos à cirurgia de amputação de membros em HUSM de Santa Maria.

Pretende-se, através de uma entrevista semi-estruturada composta de eixos norteadores, pesquisar e compreender os significados atribuídos ao processo de mudança corporal desses sujeitos após o processo de amputação. Almeja-se um total de 14 participantes. Critério de Inclusão:

Serão convidados a participar da pesquisa sujeitos submetidos à cirurgia de amputação, que se encontram em acompanhamento no período de janeiro a julho de 2014. Serão considerados participantes de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Residentes no município.

Critério de Exclusão: Sujeitos cuja amputação for traumática (acidentes) ou que apresentarem dificuldades de comunicação ou cognição comprometida. Ressalta-se que informações a respeito de comprometimento cognitivo serão consideradas quando provenientes da equipe médica especializada que assiste ao sujeito. As entrevistas acontecerão de forma individual, voluntária, nas dependências do referido hospital ou nas residências dos participantes, se assim desejarem. Para a coleta de dados será usado um gravador que será posto em uso somente após a autorização de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Continuação do Parecer: 555.040

cada sujeito participante da pesquisa e os dados são de responsabilidade restrita aos pesquisadores, sendo destruídos após 5 anos. Para interpretá-los, será utilizada a técnica da Análise de Conteúdo. Pretende-se, por fim, realizar devolução a todos os participantes, objetivando dialogar com os mesmos sobre as questões mais importantes verificadas ao longo da pesquisa. Acredita-se que esse processo seja de total importância aos sujeitos que de maneira voluntária, enriqueceram os achados desta pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender os significados atribuídos pelos sujeitos amputados ao processo de mudança corporal.

Objetivo Secundário:

- Identificar a relação entre a cirurgia de amputação e o narcisismo;
- Descrever como a cirurgia de amputação e a imagem corporal se articulam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: embora toda e qualquer pesquisa apresente risco mínimo. No entanto, poderá haver desconforto dos participantes diante de algum questionamento que os remeta a situações ainda não elaboradas que suscitem sofrimento. Assim, caso a pesquisa mobilize conteúdos propulsores de angústia, a pesquisadora poderá encaminhar ou sugerir ao participante o serviço de atendimento psicológico, visando minimizar o sofrimento manifesto durante o processo de pesquisa.

Benefício:

Não há benefício direto aos entrevistados, embora no entendimento de que os participantes, ao compartilharem seus sentimentos e percepções, estará auxiliando na construção de conhecimento acerca de sua problemática, podendo vir a ajudar um número maior de pessoas que enfrentam a mesma situação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada, com tema relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Apresenta registro do projeto o Gap, Folha de rosto, Autorização Institucional, termo de Confidencialidade, TCLE assinado, cronograma dentro dos prazos previstos e Orçamento adequado.

Página 02 de

Continuação do Parecer: 555.040

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 13 de Março de 2014

Assinador por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

03