

A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas

The health professional's choice in working with mastectomized patients

Renata Curi Labate¹ e Roosevelt Moisés Smeke Cassorla²

Resumo **Introdução:** Profissionais que lidam com câncer são frequentemente identificados com as fantasias e ansiedades do paciente. O efeito nocivo do envolvimento emocional pode ser evitado com o aumento do autoconhecimento dos profissionais de saúde.
Objetivo: Examinar os fatores psicológicos que levam os profissionais de saúde a trabalharem com pacientes mastectomizadas.
Método: Estudo qualitativo conduzido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Profissionais da saúde, membros do Centro de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (Rema) foram entrevistados através de uma entrevista semi-estruturada.
Resultados: Experiências anteriores com situações relacionadas ao câncer de mama podem ter influenciado nas escolhas dos profissionais. Hipóteses sobre mecanismos inconscientes envolvidos no processo foram discutidas.
Conclusões: Profissionais de saúde que escolhem trabalhar com pacientes mastectomizadas o fazem principalmente por motivos inconscientes.

Descritores Emoções; mulheres; ocupações em saúde; câncer de mama

Abstract **Background:** Professionals dealing with cancer are frequently identified with patient anxieties and fantasies. The deleterious effect of emotional involvement can be avoided by increasing the self knowledge of health professionals.
Objective: Examine psychological factors which lead health professionals to work with mastectomized patients.
Method: Qualitative study conducted at Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Health professionals from a rehabilitation center for mastectomized patients (Rema) were interviewed using a semi-structured questionnaire.
Results: Prior experience with situations related to breast cancer might have influenced the professionals' choices. Hypotheses about unconscious mechanisms involved in this process were discussed.
Conclusions: Health professionals who choose to work with mastectomized patients mainly do it for unconscious reasons.

Keywords Breast cancer; women; occupations in health

Introdução

O profissional de saúde defronta-se, em seu dia-a-dia, com situações que o mobilizam emocionalmente, por vezes de uma forma bastante intensa. Isso não só dificulta seu trabalho, confundindo-o frente a aspectos técnicos, como também lhe acarreta um grau não desprezível de sofrimento pessoal. Identificações patológicas com o sofrimento do paciente, com sua doença ou com outros aspectos podem tornar o trabalho do profissional de saúde "insalubre" emocionalmente. Infelizmente, não se tem

dado a importância necessária a esse aspecto, possivelmente porque os próprios profissionais se defendem de sua impotência e fragilidade através de fantasias de onipotência. E, quando essas defesas falham, a "descompensação", por vezes vista como vergonhosa, costuma ser atribuída a outros fatores.

Nosso interesse em conhecer mais sobre o profissional que lida com pacientes mastectomizadas decorreu também de experiências pessoais. Essas pacientes, geralmente, são mulheres que estão vivendo situações traumáticas intensas, sendo

1. Professora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

2. Professor Titular Convidado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria - Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp.

mobilizadas ansiedades persecutórias e de desintegração. Essas ansiedades e fantasias são projetadas, por vezes violentamente, no profissional de saúde, que, contra-identificado, pode misturar-se com o paciente. Estas questões vêm sendo estudadas por alguns autores.¹⁻³ Caso o profissional possa conhecer-se melhor ele terá mais armas à disposição para evitar que esse envolvimento seja prejudicial.

Objetivos

Neste trabalho, fragmento de uma investigação mais ampla, nos propusemos a tentar compreender fatores que levam os profissionais de saúde a preferirem trabalhar com pacientes mastectomizadas.

Método

Foi realizado um estudo qualitativo, através do método clínico. Sabemos que pesquisar fenômenos relacionados às peculiaridades mais profundas do viver humano implica em envolver-se com variáveis complexas, impossíveis de isolar e identificar pelos métodos das ciências naturais. Essas também podem ser úteis, mas quando usadas isoladamente reduzem o objeto de estudo, perdendo-se uma visão mais globalizante, indispensável quando lidamos com “compreensão”. Pensamos que o método qualitativo, e por alguns autores também chamado de método clínico, se impõe nessas situações. Se cada sujeito a ser pesquisado é único, pode-se conhecê-lo em sua unicidade. Somá-los não será possível. Entretanto, poderão ser encontrados pontos comuns em suas vivências, possibilitando que se formulem hipóteses mais abrangentes.⁴ No método qualitativo estuda-se também a interação com o pesquisador, este sendo ao mesmo tempo sujeito e objeto da investigação, já que o mais importante é saber o que ocorre no espaço entre dois seres humanos que atualizam, na relação, fenômenos emocionais nem sempre conscientes. Bleger comenta que “não se pode chegar a uma ciência humana sem o homem, sem o homem estudado e sem o homem que estuda”.⁵

Escolhemos como *instrumento* a entrevista semi-estruturada, já que se queria ouvir o entrevistado, estimulando a associação livre de idéias, mas ao mesmo tempo, o pesquisador podia indagar e aprofundar sobre alguns aspectos específicos. Enquanto o entrevistador observa e avalia o que está ocorrendo no campo constituído pela dupla, presta atenção no que ocorre com ele mesmo, reflexo de ressonâncias provocadas pelos fenômenos que estão acontecendo na interação. Essa auto-observação pode servir como instrumento para a identificação de fenômenos projetados pelo entrevistado, não necessariamente possíveis de verbalização. A supervisão da entrevista auxilia o pesquisador a diferenciar aspectos seus, que podem estar contaminando o campo. Isso permite, quase sempre, que conflitos próprios do pesquisador, agora isolados, possam ser úteis também como instrumentos de captação de fenômenos emocionais que mobilizaram o investigador.

Os temas que fizeram parte da entrevista (sentimentos, fantasias e reações) foram inicialmente retirados da experiência da pesquisadora principal que havia trabalhado com pacientes mastectomizadas em equipe. Essa equipe fora supervisionada

por um psicanalista, e temas que haviam surgido nesse trabalho também foram utilizados. A partir de questões amplas, gradativamente elas foram restringidas, tornando-se mais específicas. Para tanto a pesquisadora principal contou com o auxílio de entrevistas-piloto e do supervisor da equipe, já citado. Finalmente, obteve-se um roteiro de entrevista satisfatório.

Sujeitos

Foram entrevistados profissionais do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação da Mulher Mastectomizada (Rema), que funciona na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. O Rema atende a qualquer mulher mastectomizada, encaminhada por diferentes profissionais, alunos e pelas próprias pacientes. Trabalham no Rema três enfermeiras obstétricas e ginecológicas e uma enfermeira psiquiátrica, docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e uma enfermeira de saúde pública, técnica de apoio da EERP, além da participação de bolsistas de iniciação científica, aperfeiçoamento e de alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. A equipe conta com a supervisão de um psicanalista. Nesta pesquisa foram entrevistados seis profissionais do Rema, sendo que cinco deles compunham a equipe fixa e apenas um fazia parte como profissional não-fixo na equipe. Todos participavam regularmente da supervisão. Partimos, portanto, da hipótese de que a supervisão teria tornado os sujeitos mais perceptíveis a seus próprios sentimentos.

Procedimentos

Após uma explicação sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo ético e a concordância dos sujeitos, as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, em salas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Após cada entrevista foram também anotados os sentimentos e impressões decorrentes da relação com o entrevistado.

Análise dos dados

Os conteúdos das entrevistas foram estudados em três etapas, de acordo com o modelo de análise temática.⁶ Após uma série de leituras flutuantes, toma-se um contato exaustivo com o material, visando-se ficar impregnado por ele (1ª fase). Posteriormente, o material é explorado e codificado, isto é, transformam-se os dados brutos visando o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase, recortam-se os dados e, posteriormente, são agregados segundo os conteúdos. Desta separação/agregação, obtivemos as categorias que serão explicitadas a seguir (2ª fase). Por fim, tentamos formular algumas hipóteses interpretativas, tomando como base o referencial teórico da psicanálise (3ª fase).

Resultados e discussão

É importante ressaltar que ao separar o material em categorias não deixamos de considerá-las articuladas num todo indivisível. A categorização se deu pela necessidade de apresentação e organização do material obtido.

As categorias emergentes foram agrupadas nos seguintes itens:

- A escolha de trabalhar com pacientes mastectomizadas;
- Acolhimento;
- Apego;
- Dependência;
- Potência - Impotência;
- Transferência e Contra-transferência;
- Formação do profissional de saúde;
- Experiências marcantes.

Nesse artigo serão apresentados somente trechos dos depoimentos relativos ao primeiro item, isto é, a escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. Cuidando do aspecto ético da pesquisa, foram eliminados dos depoimentos situações que pudessem identificar a pessoa entrevistada ou as pessoas mencionadas nominalmente no decorrer da entrevista.

Algumas entrevistadas colocaram-se em seus relatos como se não fossem responsáveis pelas escolhas, pelos acontecimentos, como se estes tivessem apenas um determinismo casual, como se observa nos exemplos a seguir:

“Eu não escolhi estar ali no Rema (...) pensei que nunca fosse trabalhar com oncologia” (entrev. 3).

“O meu interesse por esse assunto, o primeiro contato com esse tipo de paciente foi até casual” (entrev. 4).

“Conheci o trabalho... aconteceu... eu não procurei, eu não procurei não, aconteceu” (entrev. 5).

“Se a gente for ver assim de procurar eu vou escolher o Rema. Eu acho que eu não tive isso (...). Sabe aquela história ‘caiu de pára-quadras’. Parecia assim eu ‘caí de pára-quadras’ (...) eu não escolhi vir para o REMA, eu não escolhi nada (...). Agora, eu escolhi, eu acho que é uma coisa que eu realmente quero continuar trabalhando, já deixei os outros grupos que eu participava, por exemplo, o Núcleo de Aleitamento Materno, não é isso que quero continuar.

Agora eu acho que escolhi realmente a mulher mastectomizada” (entrev. 1).

Nesse último relato, a entrevistada demonstra que trabalhar com mulheres mastectomizadas não foi apenas, como ela tenta enfatizar, uma opção aleatória. Ainda que insista na idéia de que “caiu de pára-quadras”, pode-se deduzir das suas informações que não foi bem assim. Pode ser que não tenha havido uma escolha consciente, no sentido de uma determinação prévia, mas houve uma adesão voluntária à escolha que as oportunidades lhe iam proporcionando. Seu interesse anterior pelos problemas do aleitamento já definiam uma preocupação pelos cuidados com a mama. A mesma profissional prossegue contando:

“Uma coisa que eu sempre tive muita preocupação é de ter câncer de mama, porque eu tenho na família uma tia que teve câncer de mama (...) eu sofri muito, ela teve linfodema, depois metástase pulmonar. Sofri muito. Então, eu via aquele sofrimento da minha mãe, aquela coisa, eu vivenciei isso, quando eu era solteira eu já tinha trinta e poucos anos, não tinha casado ainda (...), nunca tive filhos, não vou amamentar, pode ser que eu tenha câncer, e eu tenho uma displasia, displasia é fator de risco (...) Então eu sempre tive no fundo uma preocupação se eu não teria câncer de mama e uma coisa que para

mim tem ficado muito, muito mais próximo é esse medo (...) penso várias vezes: Meu Deus: a vida que a gente tem, estressada, a displasia, tem a história familiar, então no fundo, no fundo, no fundo eu não sei explicar, mas deve ter até alguma coisa do medo do câncer e aí eu não sei, a gente vai com tanta, querendo estar com isso. Tem alguém que deve explicar isso melhor que a gente” (entrev. 1).

Nesse relato a profissional confirma que a experiência de ter tido uma tia materna que foi portadora de câncer de mama depositou em si medos e angústias relacionadas à possibilidade de ter também a mesma afecção. Casou-se tarde (com mais de trinta anos) e tinha a expectativa de que quem não amamenta tem câncer de mama. Assustava-se diante dessa possibilidade. A idade, o não casamento, uma displasia mamária, a história familiar, a ausência de filhos, os estresses eram fatores que a faziam ver-se como uma séria candidata a ter um câncer de mama.

A experiência com câncer de mama aparece no relato seguinte, também após um preâmbulo em que a entrevistada parece confusa sobre as motivações de sua opção:

“Eu acho que é porque é muito provocativo (...) acho que é o abandono que todo ... que toda equipe de saúde tem em relação ao câncer (...) a perda de uma parte do corpo por menor que ela seja é um fato que vai ... influenciar na sua vida (...) eu tenho uma pessoa da família que é mastectomizada...” (entrev. 2).

Podemos pensar, a partir dessas reflexões, que existe uma expectativa sobre a possibilidade de identificação maligna com outras pessoas acometidas por câncer. A entrevistada 1, “que caiu de pára-quadras”, fantasia que poderia escapar da identificação se tivesse filhos, quem sabe a fertilidade sendo equacionada como um contraponto aos aspectos destrutivos que ela intui ter em seu interior. No entanto, ela mesma impossibilitou-se disso. A outra saída foi trabalhar com pacientes mastectomizados. Mas, essa provável tentativa de reparação não parece ser suficiente, pois já suspeita que o estresse pode ser um fator cancerígeno... Há fortes indícios, portanto, de que a entrevistada 1 procurou esse trabalho numa atitude contrafóbica, mas a angústia latente continua presente, seu relato passando uma sensação de desesperança. E tudo isso era predominantemente inconsciente.

Esta mesma profissional, falando sobre suas experiências com mulheres mastectomizadas, antes de iniciar o trabalho do Rema conta:

“Quando eu comecei a trabalhar no hospital que a gente estava na ginecologia foi a época que a R. (professora da entrevistada) estava doente (estava com câncer de mama e foi mastectomizada), a gente fez até o curso dela (...) e logo em seguida a R. começou a passar mal (...) a gente ouvia falar muito nisso. Chamava a atenção”.

Pode-se pensar que essas vivências tenham, de algum modo, contribuído para definir nessa pessoa suas tendências e escolhas profissionais. Esse contato prévio pode ter mobilizado as experiências mais precoces. Novas experiências, em indivíduos suscetíveis, vão estruturando a escolha e dirigindo os caminhos, sem que se tenha consciência do que está ocorrendo. Evidentemente, as hipóteses levantadas somente poderão ser testa-

das e aprofundadas numa pesquisa do inconsciente individual, mas pensamos que as pistas são bastante significativas.

Ao mesmo tempo, se o que se passa com essa pessoa é algo de natureza estritamente individual, nada impede que fatores e mecanismos similares, ainda que de forma idiossincrática, ocorram com outras pessoas que efetuam escolhas parecidas.

Segundo o relato de outra entrevistada, o contato com uma pessoa com câncer de mama a levou a processos identificatórios complexos, parecendo que o fator positivo preponderou.

“Logo no início da minha profissão me pegava muito profundamente a questão da retirada; no início isso me pegou muito e durante o mestrado eu me lembro da lição incrível que a R. me deu (professora da entrevistada), acho que a todos, mas eu não sei por que. Acho que Freud explica, carrega nas discussões entrava as questões da paciente oncológica veio e vinha, daí, eu sempre era na sala de aula a pessoa que ia representar, ou então a pessoa que ia comentar sobre isso, sobre paciente... Eu trazia a questão da paciente mastectomizada e depois uma coisa que eu me cobrei muito e depois acho que até há bem pouco tempo me cobrei muito e, hoje não me cobro mais, foi quando a R. teve câncer de mama, porque pra mim ela foi modelo sabe, de profissional modelo pra mim enquanto profissional, enquanto enfermeira em trabalhar com as questões emocionais da paciente. Quando eu tinha minhas dificuldades todas, foi ela quem me ajudou muito, então me ensinou muito; então eu me senti muito frustrada quando aconteceu com ela... ela me agrediu muito, mas ela me agrediu. Hoje eu entendo essa agressão como uma forma para me mostrar que eu ainda tenho muito a aprender. Ela realmente me marcou muito porque era muito perto... foi minha professora. Nós trabalhamos juntas... ela me deu muito suporte nesse sentido. Então, ela me marcou muito nesse sentido (...) até no final a mensagem que ela me passou é que eu tinha muito a aprender” (entrev. 6).

Esse relato parece estar relacionado à idéia que Botega, sugere: “muito do que fazemos por nossos pacientes reflete nosso relacionamento, mantido em algum lugar dentro de nós, com aqueles que nos ensinaram. É óbvio que todos nós desejamos que nossos professores saiam de nossas costas, mas, simultaneamente talvez não desejamos, realmente ser separados deles. Algumas vezes, há quase o estranho sentimento de que os médicos têm seus pacientes primariamente para manter e sustentar suas relações internas com seus próprios professores, ídolos e alma mater”⁷ (podemos expandir esse raciocínio para qualquer profissional de saúde).

A influência dos professores em nossas vidas também foi enfatizado por Freud⁸ quando escreveu:

“É difícil dizer se o que exerceu mais influência sobre nós e teve importância maior foi a nossa preocupação pelas ciências que nos eram ensinadas, ou a personalidade de nossos mestres”. (p. 282).

Os mestres funcionam como pais substitutos; transferimos, revivemos com eles muitos sentimentos já experimentados com nossos pais. Lembremos que a entrevistada já demonstrava uma revolta pela retirada da mama e estava interessada em câncer, antes de sua professora adoecer. Existem, portanto, indícios de

que fatores motivacionais anteriores já estavam presentes. Ou, em outras palavras, nossos professores servem como figuras de identificação (boas ou más), mas essas identificações são processadas tomando por base as anteriores, da infância, fase sobre a qual somente podemos especular.

Essa mesma entrevistada prossegue contando:

“Poder pensar por que eu estou nele (no Rema) hoje (...) minha formação básica é na área da mulher (...) quem trabalha na obstetrícia trabalha também em ginecologia e eu não tinha firmeza na formação de ginecologia (...) eu me sentia muito bem em sala de parto, puerpério. Eu sabia, dominava tudo numa boa; agora quando eu chegava na unidade da ginecologia realmente eu... foi passado tudo assim no currículo de leve aquelas coisas (...) comecei assim inculir assim uma coisa maior na ginecologia e forçosamente câncer de mama aparecia muito (...) câncer de mama me chamava muito a atenção e o por que mulheres chegavam a ficar naquele momento daquele jeito foi a minha primeira questão (...) por que será? Eu queria buscar lá na população, eu achava ingenuamente porque o povo não tinha conhecimento nenhum deixava o negócio estourar e aí já viu; com isso, eu fui me enfronhando nessas questões na busca de conhecer mais e acabei ficando até hoje e tenho assim uma afinidade muito grande e gosto; agora por que? Não sei (...) não me considero, quer dizer, dentro dos fatores de risco, não seria enquadrada dentro dos riscos, sou extremamente cuidadosa com meu corpo mas não sei, é uma coisa que não sei” (entrev. 6).

Essa parte do relato nos fornece mais pistas. Havia e há uma preocupação com a sexualidade, a reprodução, a vida e a morte, mostrando uma busca confusa, que somente a pesquisa do inconsciente nos desvendaria em suas motivações. De qualquer forma, procurando aqui e ali, a entrevistada parece que conseguiu encontrar-se, ainda que não saibamos como.

Em geral, pensar retrospectivamente sobre aquilo que antecedeu nossas escolhas não faz parte do nosso cotidiano.

Guitton,⁹ refletindo sobre a questão das escolhas que fazemos durante a nossa vida, alerta que:

“Toda vez que estudamos minuciosamente a gênese de um evento, assim que tentamos compreender por que determinada coisa ocorreu, vemos aparecer uma quantidade de fatores até então invisíveis, ligados de forma arbitrária no seio de uma cadeia que parece depender mais do “acaso” do que de um destino explícito. Temos, portanto, o direito de dizer a nós mesmos, quando nos debruçamos sobre nossa vida cotidiana, que teria bastado um nada para que determinado evento não tivesse ocorrido, ou, ao contrário, qualquer coisinha para que outro se tivesse realizado. Nos dois casos, a realidade que conhecemos teria sido diferente” (p. 111).

Considerações finais

Toda a nossa vida é repleta de escolhas e, uma vez feita a opção, abrimos mão das demais possibilidades e não temos oportunidade de saber se a escolha feita foi a melhor ou como tudo seria se a escolha tivesse sido uma outra.

Os sujeitos, durante as entrevistas, parecem ter pensado sobre a escolha que fizeram, trabalhar no Rema com pacientes

mastectomizadas. Cassorla,¹⁰ descrevendo sua experiência como supervisor de uma equipe multiprofissional que trabalhava com pacientes aidéticos, ressalta a importância de os profissionais se perguntarem: por que fiz essa escolha? Pensar sobre isso, conversar com alguém (e o diálogo é condição importante para nos percebermos), observar-se durante o atendimento e a supervisão da equipe pode responder, mesmo que parcialmente, a essa questão. Compreender as motivações da escolha, se adequadas, torna nosso trabalho mais agradável e produtivo. E, se desconfiamos que elas foram inadequadas, podemos reformulá-las. Por vezes, precisamos de ajuda profissional para tal, e isso costuma levar a novos caminhos, não só profissionais, que tornam a vida mais tranqüila e feliz.

Lispector¹¹ nos convida a pensar nas escolhas de nossa vida quando diz “Mas por que não me deixo guiar pelo que for acontecendo? Terei que correr o sagrado risco do acaso e substituir o destino pela probabilidade”. Dar-se conta de que somos “guiados”, a maior parte de nossa vida, por algo que não o destino ou o acaso, mas por algo que tem uma razão de ser (probabilidades) é muito doloroso para o ser humano.

Talvez seja por conta dessa dor que as entrevistadas, na maioria das vezes, só puderam pensar em sua escolha para trabalhar com pacientes mastectomizadas como sendo algo do “acaso”, ainda que, por vezes, elas mesmas percebessem alguns fatores à medida que falavam.

Freud,⁸ escrevendo a Theodor Reik, abordou a questão da escolha enfatizando que para decidirmos assuntos de menor importância é importante pesar com cuidados prós e contras. Para assuntos de muita importância “tais como a escolha de uma companheira ou de uma profissão, a decisão deverá vir do inconsciente, do fundo de nós mesmos”.

Conclusão

Esta investigação nos fez constatar que profissionais de saúde que escolhem trabalhar com pacientes mastectomizadas o fazem principalmente por motivos inconscientes. Possivelmente o mesmo ocorre com a maioria das escolhas importantes que fazemos em nossas vidas. As entrevistas, com certeza, ajudaram as profissionais pesquisadas a tomarem consciência de alguns aspectos de suas motivações. Nossa experiência também nos faz propor que a reflexão sobre as motivações tem bastante importância, ajudando o profissional a tornar seu trabalho não “insalubre”, ou permitindo-lhe reformular suas escolhas.

McDougall¹² já antecipava, talvez com mais poesia, o que tentamos dividir com o leitor, neste trabalho:

“Não sobra muito espaço para o acaso nos dramas que compõem uma vida humana. E, no entanto, muitas vezes preferimos acreditar que somos joguetes do destino, obrigados a desempenhar tarefas nada recompensadoras que se apresentam

como essenciais, bem como a satisfazer obscuros desejos que não reconhecemos como nossos. Uma vez que não nos apercebemos das opções ocultas que dirigem nossas decisões, raramente somos coerentes ao tentar prestar esclarecimentos acerca de nossa escolha de parceiros ou de profissões, ou da mistura de sucessos e fracasso que cada escolha pode nos trazer”.

No entanto, somos razoavelmente otimistas: o profissional de saúde pode conhecer-se melhor (não só em suas motivações vocacionais) por lidar com gente. Observando o que ocorre na relação, o que repercute em sua mente, com a ajuda de um supervisor ou em grupos de reflexão (tipo Balint) (Cassorla), ele tem a oportunidade do autoconhecimento, que não é concedida à maioria dos profissionais que não lidam com seres humanos, ou que, mesmo lidando, ignoram a complexidade e riqueza da mente humana.

Referências bibliográficas

1. Barbosa AM. Viagem ao vale da morte: estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama. In: Cassorla RMS, organizador. Da Morte: estudos brasileiros. Campinas(SP): Papyrus, 1991. p. 159-80.
2. Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla RMS, organizador. Da morte: estudos brasileiros. Campinas(SP): Papyrus; 1991. p. 51-78.
3. Têlis CMT. Comportamento psicológico de pacientes com câncer avançado. In: Cassorla RMS. Da Morte: estudos brasileiros. Campinas(SP): Papyrus; 1991. p. 105-18.
4. Cassorla RMS. Pesquisa sobre análise concentrada: algumas idéias. *Jornal de Psicanálise* 1993;26:145-57.
5. Bleger J. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1984.
6. Minayo MC. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1989.
7. Botega NJ. No hospital geral: lidando com o psíquico encaminhando ao psiquiatra [dissertação]. Campinas (SP): Universidade de Campinas; 1989.
8. Freud S. *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*. vol. 11. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1970.
9. Guitton J. *Deus e a ciência, em direção ao metarrealismo*. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1992.
10. Cassorla RMS. Lidando com AIDS: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. In: Cassorla RMS, organizador. Da morte: estudos brasileiros. Campinas (SP): Papyrus, 1991. p. 231-9.
11. Lispector C. *A paixão segundo GH*. Rio de Janeiro(RJ): Ed. Francisco Alves; 1995.
12. McDougall J. *Teatros do eu: ilusão e verdade no palco psicanalítico*. Rio de Janeiro(RJ): Ed. Francisco Alves; 1992.

Correspondência

Renata Curi Labate
Av. dos Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre
Campus de Ribeirão Preto - SP. Brasil
CEP: 14040-902
Fax: (016) 633-3271 e 630-2561
email: labatere@glete.eerp.usp.br
