



**PUC**  
**CAMPINAS**  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

---

**PRIMEIRA JORNADA DE PESQUISA EM  
PSICANÁLISE E FENOMENOLOGIA**

**ORGANIZAÇÃO**

**TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG VERA**

**ENGLER CURY**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

**MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO**

**TANIA MARA MARQUES GRANATO TANIA**

**MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG VERA ENGLER**

**CURY**

**2007**



**SOFRIMENTO EMOCIONAL E CÂNCER DE MAMA:  
CONSIDERAÇÕES SOBRE O IMAGINÁRIO DE MULHERES**

Sueli Regina Gallo Belluzzo

Tânia Maria J. Aiello-Vaisberg

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo - O objetivo do presente estudo é a investigação psicanalítica do imaginário de mulheres sobre o câncer de mama, por meio uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, no enquadre de entrevistas individuais para abordagem de personalidade coletiva. O material revelou quatro campos do imaginário das mulheres investigadas, sobre a vivência de quem possui câncer de mama: Infelicidade, Acaso, Vida Urbana de Hoje e Desamparo. Discute-se o fato de que alguns destes campos expressam uma visão do câncer como fenômeno que se liga à dramática do viver e que pode ser eventualmente evitado, enquanto o campo do Acaso tem caráter fatalista e nega a possibilidade de intervenção humana potente em relação a esta doença.

Palavras-chave: Câncer de Mama – Imaginário Coletivo - Procedimento Desenhos-  
Estórias com Tema – Winnicott - Psicanálise

### *O Câncer de Mama como Vivência de Sofrimento*

Encontramos na literatura vários estudos, que apesar de não serem psicanalíticos, reconhecem a importância da dimensão emocional na abordagem da mulher com câncer de mama. São estudos realizados por profissionais da área de saúde, que acompanham mulheres que se encontram em tratamento do câncer.

O câncer de mama é o primeiro em incidência entre as mulheres em termos mundiais – que apresentam chance em torno de 12,5% de desenvolvê-lo ao longo da vida – e segundo quanto à mortalidade, perdendo apenas para o câncer de pulmão. No Brasil representa a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres (Cantinelli et al, 2006).

O câncer de mama expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta e representa uma ameaça em vários níveis: o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia, incerteza quanto ao futuro, sendo que o diagnóstico do câncer de mama geralmente é acompanhado do surgimento de sintomas de estresse, ansiedade e depressão, do temor da mutilação, do sofrimento, da morte e da eclosão e/ou acentuação de conflitos psicológicos e transtornos psiquiátricos.

*“O diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional (...), podendo desencadear reações de ajustamento ou mesmo ser o gatilho de quadros afetivos (principalmente a depressão), ansiedade ou até mesmo psicoses. Os transtornos psiquiátricos também representam uma interação complexa de fatores, entre eles, a estrutura de personalidade e a capacidade de enfrentamento de problemas”. (Cantinelli et al, 2006)*

A mastectomia é um procedimento cirúrgico freqüentemente utilizado para o tratamento do câncer de mama. Trata-se, contudo, de um recurso terapêutico altamente agressivo, que causa limitações físicas consideráveis e restringe a capacidade de movimentação corporal da mulher. Além disso, a mastectomia acarreta um impacto psicossocial particularmente acentuado, visto que a mutilação mamária decorrente da remoção da massa tumoral afeta a auto-imagem e a sexualidade da mulher e gera sentimentos de inferioridade e medo de rejeição por parte do parceiro. Apesar de serem menos agressivas, as demais modalidades terapêuticas – sobretudo a quimioterapia e a radioterapia – também causam uma debilitação física considerável e despertam repercussões psicossociais importantes, pois geram efeitos colaterais diversos, dentre os quais se destacam a queda dos cabelos, o escurecimento da pele, o emagrecimento, o surgimento de edemas e a infertilidade. (Duarte & Andrade, 2003)

Winnicott (1970) destaca a importância do corpo no processo de desenvolvimento da pessoa. A base do self, para esse autor, encontra-se no corpo. Considera, assim, que uma parte da personalidade do indivíduo mora no corpo e que o estabelecimento de um vínculo firme entre trata-se de uma conquista da saúde o estabelecimento de um vínculo firme entre o corpo e a psique é uma conquista de saúde. A tendência à integração e à personalização faz, portanto, parte do



desenvolvimento sadio. As agressões ao corpo, que uma doença como o câncer causa, podem resultar em vários processos psicopatológicos.

A teoria winnicottiana dá atenção de forma prevalente à matriz psicossomática em todo o desenvolvimento da pessoa e em vários processos psicopatológicos:

*“A base de um self se forma sobre o fato do corpo, que, sendo vivo, não apenas tem formas, mas também, funções. As observações relevantes para isto (que chamei de personalização, a fim de vinculá-la com o transtorno denominado despersonalização) são feitas primariamente no estudo direto de bebês e suas mães a interagirem de modo natural.” (Winnicott, 1970, p. 209)*

Quando o desenvolvimento se realiza, o *self* se descobre “naturalmente” localizado no corpo, mas, em certas circunstâncias, uma dissociação entre corpo e *self* pode ocorrer. Segundo Winnicott, o bebê se reconhece, como *self*, fundamentalmente nos olhos e na expressão facial da mãe, que realiza, deste modo, um espelhamento do ser autêntico do bebê, quando tudo vai bem. A nosso ver, esta delicada relação, que permite a constituição do “si-mesmo” é um modelo que revela também como se faz a continuidade de ser ao longo de toda a vida individual, que é, sempre, essencialmente, coexistência: vivemos sustentados pelo olhar do outro, quando podemos ser vistos em nossa singularidade pessoal. Se isto é sempre verdadeiro, torna-se provavelmente ainda mais importante quando a vida se modifica drasticamente em virtude do aparecimento de problemáticas que modificam a dramática da vida de modo radical, como acontece quando doença física séria domina o cenário. Nesse sentido, pensamos que é muito importante a forma como a equipe, que vai tratar dessas pacientes, dá acolhimento às mesmas. Consideramos importante um



acompanhamento psicológico da equipe, no sentido de ajudá-los a desenvolver a capacidade de dar *holding*.

Pensamos que a capacidade da equipe de profissionais de dar *holding* pode ser fundamental no sentido de ajudá-las de não confundirem a eventual perda do seio com a sensação de ter um *self* não íntegro, mas deformado. Nesta linha, as considerações de Winnicott (1970) relativas à função da mãe quando o bebê nasce com alguma deformidade física, parecem pertinentes e capazes de incentivar importantes reflexões teórico-clínicas:

*“... mesmo um bebê deformado pode crescer e transformar-se em um bebê sadio, com um self que não é deformado e um senso do self que se baseia na experiência de viver como uma pessoa aceita. Distorções do ego podem provir de distorções na atitude daqueles que cuidam da criança. Uma mãe com um bebê está constantemente apresentando e reapresentando o corpo e a psique do bebê um à outra, e pode-se facilmente ver que esta tarefa fácil, mas importante, torna-se difícil, se o bebê tem uma anormalidade que faz a mãe sentir-se envergonhada, culpada, assustada, excitada ou desesperançada. Em tais circunstâncias, ela pode dar o melhor de si, não mais que isso” (Winnicott, 1970, p. 210)*

Vários autores destacam que a descoberta do câncer e o tratamento podem gerar traumas emocionais, que detectam sob a forma de depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, e idéias de suicídio. Evidentemente, tais sentimentos negativos, se bem que absolutamente compreensivos, podem afetar a elaboração de atitudes que facilitarão o enfrentamento das terapêuticas, muitas vezes invasivas e desconfortáveis (Lorencetti & Simonetti, 2005; Duarte & Andrade, 2003). Tal configuração aponta, a nosso ver, para a importância da participação de profissionais de saúde mental nas

equipes de saúde. Entretanto, a verdade é que raramente estas pacientes contam com o atendimento de psicólogos e psiquiatras, permanecendo entregues aos cuidados do oncologista, do cirurgião e da enfermeira (Cantinelli et al,2006).

Entendemos que é muito importante conhecer melhor o sofrimento da mulher vítima do câncer de mama. Este sofrimento, contudo, emerge, quando o diagnóstico acontece, num ambiente humano, que é constituído não apenas da realidade material, mas também pelo imaginário coletivo, vale dizer, por um conjunto de sentimentos, pensamentos e crenças que circulam no mundo social. A nosso ver, tanto as dimensões individuais, que se concretizam quando uma determinada mulher é efetivamente diagnosticada, como as dimensões sociais circundantes, nas quais vigoram certas concepções sobre o câncer, merecem ser rigorosamente investigadas, quando consideramos importante produzir conhecimentos que permitam melhorar o atendimento às pacientes, compreender o sofrimento emocional concomitante, auxiliar em processos de recuperação ou contribuir no sentido da psicoprofilaxia do próprio câncer e do sofrimento emocional vinculado ao câncer. No momento, optamos focalizar o imaginário coletivo de mulheres sobre o câncer de mama.

Adotamos uma perspectiva psicanalítica, que não desconsidera a importância das condições concretas de vida, a partir da qual o imaginário coletivo deve ser compreendido como um conjunto de produções ideo-afetivas, de “sentimentos-pensamentos”, que se constituem como condutas (Bleger,1963/2001). É um conceito que rompe com o pressuposto segundo o qual o psiquismo acontece como interioridade individual, para entendê-lo como fenômeno que se gesta intersubjetivamente. A conduta, ao lado de outros elementos, tais como a linguagem, os utensílios e os usos e costumes, correspondem ao que se pode corretamente designar como ambiente humano ou cultural, que

é o campo a partir do qual toda conduta é emergente. (Aiello-Vaisberg, 2005)

O conhecimento do imaginário de mulheres sobre o câncer de mama permitirá lidar melhor com o sofrimento das pessoas que recebem a notícia do diagnóstico de câncer de mama e daquelas que estão em tratamento. A partir da pesquisa do imaginário das mulheres sobre os sentimentos provocados pelo câncer de mama, visamos propor enquadres clínicos propícios à realização de práticas psicológicas em instituições.

A noção de imaginário tem sido usada na, psicossociologia psicanalítica, a partir do conceito de representações sociais (Giusti-Desprairies, 2004). Muitas pesquisas, focadas na teoria das representações sociais, possibilitaram uma melhor compreensão sobre os modos como diferentes segmentos sociais lidam com inúmeras questões, tais como a soropositividade, a loucura, a homossexualidade, a doença e outras. (Aiello-Vaisberg, 2006). Entretanto, os teóricos das representações sociais optaram, em termos de sua produção, por privilegiar dimensões sociais e cognitivas em detrimento de aspectos subjetivos, de caráter afetivo-emocional, eventualmente não- conscientes. Este quadro motivou alguns pesquisadores, entre os quais nos alinhamos, a buscar um conceito mais abrangente, capaz de articular práticas, pensamentos e sentimentos, consciente e não consciente, entendidos sempre como condutas. O conceito de imaginário revelou-se uma resposta produtiva.

O adjetivo coletivo, que qualifica o imaginário, remete-nos à noção de sujeito coletivo:

*“Este tipo de pesquisa permite que as representações acerca de um mesmo objeto social sejam apreendidas em diferentes estados de*



*elaboração por diferentes subgrupos. A representação global resultante seria a representação coletiva completa. (...) De fato, a representação conterá elementos não encontráveis em indivíduos, mas apenas no grupo como um todo. O resultado não será modal, mas de uma representação que pode ter uma macroestrutura própria que não é encontrável em indivíduos.” (Aiello-Vaisberg, 1999)*

Quando nos interessamos por estudar mudanças na vida de indivíduos e coletivos humanos, a partir do conhecimento do imaginário coletivo, optamos por abandonar a metodologia centrada em questionários, escalas e entrevistas dirigidas, em favor do uso de estratégias capazes de acessar planos motivacionais não-conscientes, que tem sido designados como campos psicológicos não-conscientes (Bleger, 1963/2001; Herrmann, 1979/1991, Aiello-Vaisberg, 2006).

Propomo-nos pesquisar o imaginário coletivo de mulheres sobre o câncer de mama por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999), tendo em vista produzir conhecimentos que possam orientar o planejamento de práticas psicológicas em instituições, em registros psicoterapêuticos e psicoprofiláticos.

### *Estratégias Teórico Metodológicas*

Trinca (1999) apresenta um modelo de investigação cuja eficácia tem-se confirmado na observação de fenômenos inconscientes grupais. Ao investigarmos um tema, segundo Trinca, podemos nos perguntar, se o mesmo foco inconsciente verificado em um indivíduo não estaria presente em indivíduos pertencentes a um determinado grupo e se um

grupo de indivíduos que possui características manifestas em comum não teria, também, características latentes comuns.

Trinca (1999) propõe a implantação de um *setting* propício à livre expressão de fenômenos inconscientes, que dinamicamente respondem por manifestações de condutas relacionadas ao problema pesquisado. Para tal, propõe que a pesquisa seja realizada em qualquer situação clínica que se sustente na associação livre, como entrevistas livres e semi-estruturadas, técnicas de investigação clínica da personalidade (como o Procedimento de Desenhos-Estórias), sessões de psicoterapia psicanalítica e outras.

Neste trabalho, utilizamos como método de investigação, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, que foi desenvolvido por Vaisberg (1999) a partir do procedimento criado por Trinca (1976) com finalidades diagnósticas. Não se trata de um teste psicológico, mas sim de uma forma especial de investigação psicanalítica, que pode ser entendida como uma materialidade mediadora que dá suporte às comunicações emocionais do sujeito. Os desenhos e estórias são tomados enquanto associações livres gráfico-verbais, permitindo a interpretação transferencial do material, ou seja, a emergência de sentidos que se evidenciam como expressão de algo relevante que o sujeito transmitiu ao investigador (Trinca, 1997)

Tal Procedimento consistiu na solicitação do desenho de “uma mulher que tem câncer de mama” e da invenção de uma história sobre a figura desenhada. Para a tarefa, foram disponibilizadas folhas de papel sulfite e lápis preto número 2. As entrevistas foram individuais, na residência de cada uma das participantes da pesquisa. Foram entrevistadas quatro mulheres, que não tiveram câncer de mama.

A presente pesquisa é um estudo preliminar, visa identificar os complexos ideofetivos constituintes do imaginário coletivo de mulheres sobre o câncer de mama, bem como captar os campos psicológico-vivenciais não-conscientes sobre os quais se sustenta. A estratégia teórico-metodológica utilizada está apoiada na afirmação de Bleger (1963/2001) de que é no contexto dos campos vivenciais que nascem os sentidos das condutas e que a tarefa do psicanalista é a da pesquisa das motivações inconscientes das condutas de indivíduos e coletivos.

Utilizamos, no processo de “criação/encontro” dos múltiplos sentidos veiculados pelos desenhos-estórias, o auxílio da Teoria dos Campos (Hermann,1979). Acessar tais campos corresponde a interpretar clinicamente, o que aqui será feito, não com objetivo terapêutico- individual, mas tendo em vista produzir conhecimento sobre o ambiente coletivo no qual as condutas individuais tem lugar. Neste contexto, torna-se interessante tomar as produções individuais como associações de um único sujeito coletivo, no caso, mulheres de classe média que não sofrem nem sofreram de câncer de mama.

### *Os Campos Psicológicos Vivenciais*

Ao introduzirmos o tema “O Câncer de Mama”, verificamos que as entrevistadas abordaram diversos tipos de sofrimento vividos pela mulher. Nenhuma da entrevistas manifestou o medo de morte como conseqüência do diagnóstico do câncer de mama. Isto se deve, talvez, à campanha que tem sido veiculada sobre a importância do diagnóstico

precoce, que possibilita um alto índice de cura, bem como à experiência social de convivência com pessoas curadas, fato extremamente raro há algumas décadas. Porém esse tema, ligado ao sofrimento, levou cada uma das entrevistadas a associá-lo a diversas outras formas de sofrimento vividas pela mulher.

Foram identificados quatro campos nas produções de Desenhos- Estórias com Tema. Denominamos “Infelicidade” o primeiro campo captado. Na vigência deste campo, o câncer de mama é uma forma a mais de concretização da infelicidade feminina. A mulher é abandonada pelo marido e se vê sozinha na tarefa de cuidar dos filhos e sustentar a família. Mostra a expectativa de uma mulher de ter um companheiro que lhe dê sustentação para poder exercer a maternidade, sendo que a falta dele gera uma sucessão de desgraças.

No Campo Infelicidade, o surgimento da doença é atribuído a um sentimento de solidão, de abandono, e conseqüentemente de dependência. Segundo Winnicott (1958):

*“A capacidade de ficar só depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo. (...) A relação do indivíduo com este objeto interno, junto com a confiança com relação às relações internas, lhe dá auto-suficiência para viver, de modo que ele ou ela fica temporariamente capaz de descansar contente mesmo na ausência de objetos ou estímulos externos. Maturidade e capacidade de ficar só significam que o indivíduo teve oportunidade através de maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno. Essa crença se constrói através da repetição de gratificações instintivas satisfatórias.” (Winnicott, 1958, p. 34)*

Segundo Winnicott, a sensação de existir, o estágio do “eu sou”, só é possível ser atingido porque existe um meio que é protetor, isto é, uma mãe ocupada com sua criança e orientada para as necessidades do ego infantil através da sua identificação com a própria criança. O “estar só” é uma decorrência do “eu sou”, e a capacidade de ficar só se baseia na experiência de estar só na presença de alguém, e sem essa experiência, a capacidade de ficar só não pode se desenvolver.

Nesse campo, o surgimento da doença é relacionado à fragilidade da existência de uma pessoa que não pode confiar em um vínculo suficientemente bom, que lhe dê a vivência de segurança.

O segundo campo detectado é o do “Acaso”, segundo o qual se acredita, angustiadamente, que o câncer pode vir do nada. O primeiro campo traz, implícita, a teoria de que tem câncer a mulher infeliz, mal casada. O segundo campo repousa sobre outra teoria: qualquer mulher pode ter câncer de mama. O Campo do *Acaso* não estabelece o surgimento do câncer de mama com nenhuma condição psíquica, mas como algo que ocorre ao acaso, a qualquer mulher. É o único campo que não relaciona a doença a nenhum estado emocional, ou de perturbação no desenvolvimento psíquico.

O terceiro campo percebido é o da Vida Urbana de Hoje. Nele, o câncer é resultado da vida contemporânea, do fato da mulher trabalhar demais, ficar distanciada de si mesma e não ter tempo de descansar, de aproveitar a vida. Faz pensar no quanto a vida contemporânea, o trabalho em empresa, faz desenvolver falso *self*. Aqui, o aparecimento da doença pode ser visto como oportunidade para rever valores e mudar de estilo de vida.

Este campo mostra como o modo de vida de nossa sociedade, dos grandes centros urbanos, pode ser considerado, no imaginário coletivo,

como gerador de sofrimento para a mulher, pelo excesso de trabalho. Os grandes interesses econômicos exigem cada vez mais produção e mais tempo de dedicação ao trabalho. A mulher se ressentiria com a falta de tempo para cuidar de si e dos seus relacionamentos. Pode-se observar nesse relato o que foi descrito por Winnicott sobre o desenvolvimento de um viver inautêntico. Winnicott descreve que quando um falso *self* se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma grande tendência para a mente se tornar o lugar do verdadeiro *self*. Neste caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática.

*“Quando ocorre esta dupla anormalidade, (1) o falso self organizado para ocultar o self verdadeiro, e (2) uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado, resulta um quadro clínico peculiar, que muito facilmente engana. O mundo pode observar êxito acadêmico de alto grau, e pode achar difícil acreditar no distúrbio do indivíduo em questão, que quanto mais é bem sucedido, mais se sente falso. Quando tais indivíduos se destroem de um jeito ou de outro, ao invés de se tornarem o que prometiam ser, isto invariavelmente produz uma sensação chocante naqueles que tinham depositado grandes esperanças no indivíduo.”*  
(Winnicott, 1960, p.132)

Winnicott, ainda, descreve que enquanto o *self* verdadeiro é sentido como real, a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade. Observa-se, hoje, um aumento de pessoas que se queixam de sentimentos de vazio existencial, como consequência da futilidade, que marca a nossa sociedade contemporânea:

*“Durante os estágios iniciais, o verdadeiro self apresenta-se como uma posição teórica a partir da qual surge o gesto espontâneo e as idéias*

*“pessoais. O gesto espontâneo é o verdadeiro self em ação. Apenas o verdadeiro self pode ser criativo, e apenas ele pode sentir-se real. Considerando-se que o verdadeiro self sente-se real, a existência de um falso self resulta em um sentimento de irrealidade ou de inutilidade.” (Winnicott,1962)*

Winnicott considera que o ser tem seu lugar junto ao verdadeiro *self* e ao potencial herdado. A habilidade de “ser” tem sua origem na experiência de um ambiente de *holding*. A partir da experiência de “ser” desenvolve-se a capacidade de “viver criativamente” e de “brincar”, aspectos da integração que levam ao fazer.

Por outro lado, no campo *A Vida Urbana*, o surgimento da doença não é apenas associado a risco para a existência psicossomática, mas também, paradoxalmente, como esperança de uma reorganização na vida dessa pessoa, em consequência de uma reorganização da personalidade.

Definimos o quarto campo como Desamparo. Este campo se manifesta com intensidade já na imagem do auto-exame, durante o qual a mulher, sozinha, detectaria o próprio câncer. Isso nos leva a pensar sobre essa forma de diagnóstico, que foi tão incentivada há alguns anos. Mesmo que seja importante no diagnóstico precoce, devemos pensar sobre o impacto emocional dessa pesquisa solitária de uma doença que é tão assustadora. A segurança só é experienciada quando surgem os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento que têm a capacidade de proporcionar um ambiente de *holding*. Neste campo, a doença surge, também, como um alerta sobre a condição de fragilidade em que a pessoa vive. Há uma confiança no ambiente, como aquele que pode proporcionar condições de desenvolvimento da pessoa.

A consideração conjunta dos quatro campos permite perceber que, ainda que o câncer seja visto como condição indiscutivelmente orgânica, foi predominantemente vinculado, pelas mulheres entrevistadas, a acontecimentos da dramática da vida, seja em termos estritamente psicológico-relacionais, tais como no campo da Infelicidade e do Desamparo, seja em termos mais sociologizados, como acontece no campo da Vida Urbana Atual. A tendência a desvincular a doença do acontecer humano, expressa no campo do Acaso, é, pelo menos no grupo estudado, minoritária.

Nesta linha, é interessante notar a existência de teorias preventivas do câncer, seja no sentido da mudança de estilo, no sentido da diminuição do tempo dedicado ao trabalho, seja no sentido de buscar relacionamentos afetivos mais saudáveis. De outro lado, o campo do Acaso corresponde à negação de qualquer possibilidade preventiva, porque o câncer é visto como fenômeno que não guarda nenhuma relação com o viver. Merece reparo o fato de que a existência de teorias preventivas sinaliza para a manutenção, no sujeito coletivo mulher, de uma certa crença na capacidade de interferir potentemente no rumo dos acontecimentos, enquanto a crença no acaso, ao mesmo tempo em que permite a manutenção da esperança de não ser atingido por uma roleta russa do destino, significa, também, a assunção de uma posição marcadamente fatalista e impotente.

### *Referências Bibliográficas*

Aiello-Vaisberg, TMJ. (2006) Abordagem psicanalítica do imaginário de adolescentes sobre álcool e drogas: subsídio para o desenvolvimento de práticas psicoprofiláticas. Projeto de Iniciação Científica do Programa de



Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2006.

Aiello-Vaisberg, TMJ.(2005) Sofrimento humano e exclusão social: pesquisa de enquadres diferenciados para abordagem psicanalítica preventiva de condutas preconceituosas no Brasil e na França. Projeto Temático para Orientação de Iniciações Científicas e Mestrados e Doutorados do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2005

Aiello-Vaisberg, TMJ.; MACHADO, MCL; BAPTISTA, AM. (2003) Sofrimento Humano e Psicanálise Contemporânea. Congresso Estados Gerais da Psicanálise. Rio de Janeiro, 2003

Aiello-Vaisberg, TMJ. (1999) Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia. Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1999, [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)

Bleger, J. (1963) Psicologia da Conduta. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984

BRITO, GM. (2005) Solidão, Tédio e Desamparo: uma visão à luz do narcisismo. Rev. Brasileira de Psicanálise, vol. 39 nº 2, 2005 - 113-124

CANTINELLI, FS; CAMACHOL, RS; SMALETZ, O; GONSALES, BK; BRAGUITTONI, E; RENNÓ JR., J (2006). A Oncopsiquiatria no Câncer de Mama – Considerações a Respeito de Questões do Feminino. Rev. de Psiquiatria Clínica, vol.33 nº 3. São Paulo 2006

Duarte, TP; ANDRADE, NA (2003). Enfrentando a Mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à



sexualidade. Rev. Estudos Psicológicos, vol. 8 nº 1. Natal, Jan/Abr.2003

GIUSTI-DESPRAIRIES, F. (2004) Répresentation et Imaginaire. In Barus-Michel, J; Enriquez, E; Lévy, A. Vocabulaire de Psychosociologie. Paris, Eres, 2004

Herrmann, F. (1979). O Método da Psicanálise. São Paulo, Brasiliense, 1991.

LORENCETTI, A; SIMONETTI, JP (2005). As Estratégias de Enfrentamento de Pacientes durante o Tratamento de Radioterapia. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, vol.13 nº 6. Ribeirão Preto, 2005

Trinca, W. (1976) – Investigação Clínica da Personalidade: o Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática. Belo Horizonte, Interlivros, 1976

Trinca, W. (1997). Formas de investigação Clínica em Psicologia. São Paulo, Vetor, 1997

Trinca, W. (1999). A pesquisa em psicanálise como uma seqüência de movimentos criativos. HCFMUSP. Revista de Psicologia Hospitalar, 17(1)

WINNICOTT, DW (1958) A Capacidade para Estar Só. In O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

Winnicott, DW (1962) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre, Artes Médicas. 1982



**PUC**  
**CAMPINAS**  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

---

WINNICOTT, DW (1960) Distorção do Ego em Termos de Falso e Verdadeiro "Self".  
In O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982

WINNICOTT, DW (1970) Sobre as bases para o Self no Corpo, In Explorações  
Psicanalíticas. Porto Alegre. Artes Médicas, 1994

Winnicott, DW (1988). Natureza Humana. Rio de Janeiro, Imago, 1990