



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

De Mattos Fiore, Maria Luiza; Yazigi, Latife
Especialidades Médicas: Estudo Psicosocial
Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 18, núm. 2, maio-agosto, 2005, pp. 200-206
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18818208>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Especialidades Médicas: Estudo Psicossocial

Maria Lúiza De Mattos Fiore¹

Latife Yazigi

Universidade Federal de São Paulo

Resumo

Estudo exploratório sobre fatores psicológicos e sociais envolvidos na escolha e prática das diversas especialidades médicas, baseado na formulação sociológica de Bourdieu e nas considerações de Dejours a respeito do encontro do homem com seu trabalho. O estudo foi baseado na análise de conteúdo de entrevistas livres, seguidas de questionário de levantamento social aplicados em 40 médicos atuantes, de diferentes idades, sexos, de diferentes faixas etárias e várias especialidades na cidade de São Paulo. O exame, em profundidade, das entrevistas revelou que: a) os conflitos psicológicos inerentes à formação da identidade médica e a sua prática são influenciados por aspectos sócio-econômicos e decorrentes do estrato social de origem do médico; b) as experiências vividas e influenciadas pelo estrato sócio-econômico de cada indivíduo determinaram a organização e a complexidade do espaço subjetivo e, portanto, de suas percepções e de seu comportamento; c) a hierarquia de valores na Medicina pode ser considerada como defesa coletiva contra ansiedades resultantes da constante lidar com situações de impotência.

Palavras-chave: Abordagem psicossocial; especialidades médicas; identidade médica.

Medical Specialisations: A Psychosocial Study

Abstract

This paper presents an exploratory study of the psychological and social factors related to the choice and practice of the medical specialities, based on the sociological formulation of Bourdieu and the considerations of Dejours concerning man's encounter with his work. The study was based on the analysis of an open interview and social survey questionnaire applied on 40 active medical doctors, of different ages, and several specialities, in the city of São Paulo, Brazil. The results of a thorough analysis of the interviews revealed that: a) the psychological conflicts inherent in the formation of a medical identity and the practice of medicine are influenced by acquired elements that lead to differing practical solutions and results depending on social class descent; b) the experiences of each individual, according to his/her socio-economic status, determine the organisation and complexity of his/her subjective space and, therefore, of his/her practical behaviour; c) the hierarchy of values in Medicine can be considered as a collective defence against anxieties resulting from the constant dealing with situations of powerlessness.

Keywords: Psychosocial approach; medical specialities; medical identity.

As diferentes percepções e abordagens adotadas pelos médicos de distintas especialidades e observadas na prática da interconsulta médico-psicológica nos levaram a perguntar como e por que elas se originam e se distribuem no campo de trabalho médico.

A fim de compreender a mediação entre indivíduo e sociedade, utilizamos a teoria da prática de Bourdieu (1987, 1996) articulada aos conceitos de Dejours (1992) e Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) acerca do indivíduo e sua relação com o trabalho. As experiências vividas e conhecidas pelo indivíduo, bem como o grau de complexidade dessas experiências, determinam a organização e complexidade do espaço psicológico e, consequentemente, as práticas

Método

Os participantes foram 40 médicos, reconhecimento nos meios médico e social, especialidades e em atividade na cidade de São Paulo. Os profissionais renomados ou bem-sucedidos na área médica que concordaram em compor o grupo, ‘informantes chaves’ foram selecionados. Esse tipo de amostragem (1990) chama de *snowball or chain sampling* ou processo de amostragem por meio de pessoas atuantes na área, ‘informantes chaves’ que indicam de indivíduos a serem incluídos no estudo. A solicitação de participação de pessoas de cada especialidade médica foi solicitada

Todo o material produzido, entrevistas e questionários, coletado por uma das autoras, foi gravado e posteriormente transcrita na íntegra. Em seguida, os dados foram submetidos à análise de conteúdo de acordo com a proposta de Bardin (1977), ou seja, sem caracterizações pré-estabelecidas. Assim, várias leituras do material foram realizadas até que afluíssem impressões que orientassem a existência de determinadas categorias de análise. Essas categorias, inicialmente provisórias, seriam ou não confirmadas por meio da releitura das entrevistas.

Resultados

Participantes

Dos 40 participantes, 19 são mulheres e 21 homens, médicos formados nas décadas de 1940, 50, 60 e 70. A maioria estava casada, 90% dos homens e 68% das mulheres, sendo que 62,5% continuava ligado às faculdades de Medicina (Ver Tabela 1).

Tabela 1
Distribuição quanto à Idade e Sexo

Idade/sexo	Masculino	Feminino	Total
>70 a	02	01	03
69 – 60 a	01	05	06
59 – 50 a	07	04	11
49 – 40 a	11	09	20
Total	21	19	40

Escolha da Medicina

Origens

A profissão é produto do trabalho social de construção de um grupo e de uma representação dos grupos. O espaço social possibilita a construção de classes teóricas tão homogêneas quanto possível. A classe social é constituída por um conjunto de agentes que ocupam posições semelhantes e, portanto, apresentam práticas, representações e classificações semelhantes. Os inter-relacionamentos, numa determinada posição, acabam por dotar o indivíduo de um *habitus*, que pode ser definido como esquemas adquiridos pela prática e que se organizam em categorias de percepção, apreciação e classificação inconscientes. Esses princípios são vários e dependem do lugar e momento. A ‘trajetória social’ corresponde a estas diversas posições e classificações.

história familiar que se remete à história (Ver a Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição quanto à Classe Social

Classe/sexo	Masculino
Popular	03
Média	08
Superior	10
Total	21

Observa-se que 35% da amostra é da classe popular, 40% da classe superior, 45% da classe média e 20% da classe superior. Cabe conhecer como esse grupo de médicos é originário e qual sua trajetória social no participante no campo profissional.

As estruturas mentais são, também, resultado da inserção no sistema das estruturas sociais. Os ‘agentes’ são inseridos no sistema social de acordo com sua ‘posição’ ou ‘classe’ de acordo com Bourdieu (1987). As classes são definidas por dois princípios de diferenciação: o ‘capital cultural’ e o ‘capital social’. Por exemplo, são portadores de grande capital social os médicos que são professores universitários. No entanto, os portadores de grande capital social, os empresários possuem grande capital econômico, enquanto que os portadores de grande capital cultural, enquanto que os portadores de grande capital cultural, os heróis culturais e os artistas possuem grande capital simbólico (Bourdieu, 1987).

A maioria (82,5%) de nossos participantes é de origem estrangeira, um avô estrangeiro, sendo 45% imigrante europeu (35%), 25% imigrante espanhola (4), judaica (4), japonesa (1) e 15% imigrante chinesa.

Estratégias familiares

A ascendência estrangeira é uma constante entre os participantes. Às vezes, a estrutura do capital total. Pessoas de diferentes origens e pessoas mudam de país para tentar uma vida melhor. Outras foram obrigadas a fugir de países devido a guerras ou perseguições políticas. Um exemplo é o caso de um capital cultural sem relação direta com a classe social. Isso implica uma variabilidade cultural entre os participantes.

Os pais projetam no filho seus sonhos de desejo não realizados. Cada criança é portadora da missão de assegurar a continuidade narcísica de sua família.

Meu pai tinha, entre uma das vontades dele, a de estudar Medicina. Coisa que ele não conseguiu fazer. Ele terminou o curso colegial e, em 33, ele fugiu da Alemanha. (primogênito, classe média de origem judaica)

A distribuição de privilégios pressupõe um jogo contínuo de projeções e introjeções desde o nascimento. O diploma como estratégia familiar de ascensão social é mais evidente nas famílias de imigrantes. Em geral, o ganho de capital econômico é tarefa principal dos que emigraram e o ganho de reputação e prestígio, capital simbólico, fica a cargo dos filhos e netos.

Experiências pessoais

A identidade ocupacional desenvolve-se integrada à identidade pessoal em sentido amplo. A ocupação define-se ao longo do tempo na interação do indivíduo em um determinado contexto histórico-social. Deste modo, não existe ocupação médica abstrata e sim pessoas com várias práticas médicas diferentes: pediatra, psiquiatra, neurocirurgião e outras (Bohoslavsky, 1991).

Em nossas entrevistas, ficou clara a presença do poder e do prestígio na representação social do médico. Observamos que esta tem particularidades que variam de acordo com a classe social de origem. Assim, na classe popular, o relacionamento médico-paciente está revestido da admiração a uma figura distante e do poder econômico.

Na minha família não tem nenhum médico, mas eu era garoto de ginásio e quando eu ia para o colégio eu passava pelo famoso Instituto de Otorrino ... eu também estive lá como paciente e via aquele movimento, me impressionou ... naquela época, eu me lembro muito bem que os médicos viviam muito bem. Eles tinham um padrão muito bom. (classe popular)

Entre os entrevistados com origem na classe média, são salientados valores universais.

Com 14, 15 anos todo mundo é idealista. Então, eu tinha uma porção de visões idealistas, assim de poder melhorar o mundo e, é claro que a primeira coisa é que quem mais parece que melhora o mundo é o médico.

provenientes da classe alta, só os que são realmente talentosos conseguem superar as barreiras sociais (Passeron, 1982).

A preocupação de ascensão social está presente em todas as entrevistas dos representantes de famílias originárias da classe média e média, assim como em três entrevistados que são provenientes da classe superior. Neste segmento, a classe média evidencia com a escolha de uma profissão de menor status social.

Eu venho de uma família de comerciantes. Meu pai sempre quis ser engenheiro. E sempre há aquela perspectiva de que a próxima geração vai ser mais qualificada. Eu sou engenheiro. Eram as possibilidades que se abriam para mim. Eu sempre fui médico, advogado nunca era uma profissão muito desejada. (classe média de imigrantes judeus da Europa Central)

Nos últimos 20 anos, o acesso das mulheres ao ensino superior em Medicina tornou-se cada vez mais freqüente. No entanto, em muitos casos, é comum o relato de resistências impostas por sua família ao estudo da Medicina em todos os níveis.

No terceiro ano, era a idéia de eu estudar em São Paulo. Minha mãe queria fazer Medicina e o meu pai incentivava. Minha mãe era uma pessoa culta e numa época em que as mulheres que estudavam, não faziam curso superior. Minha mãe sempre disse que a gente devia se preparar para a família. Eu fiz faculdade de bordado, curso de piano, tudo que as moças deviam fazer. Fui para São Paulo, cursando medicina, formada em 1951.

Opção pela Especialidade Capital simbólico

Uma das etapas da busca de destaque, de diferenciação, é a escolha da especialidade médica. Neste trabalho, as 120 participantes foram reunidas em quatro grupos, de acordo com diferentes tipos de relacionamento médico: psiquiatras, cirurgiões, medicina preventiva e métodos diagnósticos. As participantes com intenso relacionamento médico-paciente, que eram divididas em dois grupos - psiquiatras e não-psiquiatras - eram as que apresentavam características de seus pacientes e das tarefas envolvidas que eram mais semelhantes.

Tabela 3
Distribuição das Especialidades e Classe Social de Origem

Especialidades/ Classe social de origem	Classe popular		Classe média		Classe superior	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Clínicas	2	2	3	3	1	1
Psiquiátrica	0	0	0	2	3	0
Cirúrgicas	1	2	3	3	3	2
Mét. diag.	0	1	1	2	3	0
Med. preventiva	0	0	1	0	0	1
Total	3	5	8	10	10	4

Tabela 4
Proporção entre Capital Simbólico e Capital Econômico

	Clínicas	Psiquiátrica	Cirúrgicas	Mét. diag.	Med. prev
CS > CE	7	4	5	3	2
CS < CE	5	1	9	4	0
Total	12	5	14	7	2

Nota. CS = capital simbólico; CE = capital econômico

Desta forma, foi feito um cotejo destas informações para cada um dos participantes, em que foram levados em consideração formas de expressão concreta ou enriquecida, fluxo de comunicação restrito ou expansivo, conteúdo limitado ou amplo e variado. No conteúdo, observou-se presença de temas recorrentes e repetitivos ou de interesses diversificados, necessidade de sinais de distinção ou não preocupação com aprovação externa.

As trocas simbólicas referem-se ao intercâmbio de experiências culturais e são produto da comunicação e do inter-relacionamento pessoal. Essas trocas são ambíguas porque seu sentido pode dar margem a interpretações variadas, mas podem ser vivenciadas porque existe correlação entre as estruturas mentais da pessoa e as estruturas objetivas do mundo externo sustentadas pelo coletivo. Existe uma correlação não direta entre capital econômico e capital simbólico, sendo o segundo fator determinante na escolha das possíveis práticas (Bourdieu, 1996). Portanto, quanto à origem, é interessante saber, proporcionalmente, quem tem mais ou menos capital simbólico nos grupos de especialidades, como mostra a Tabela 4.

Como podemos notar, o grupo com maior capital simbólico é composto de 12 mulheres e nove homens, enquanto no grupo com

além de excluir a subjetividade, tanto escuta. O corpo é tido como local do desejo. Assim, o médico é obrigado a lidar com a doença em fatos materiais.

Eu não consigo imaginar que a doença seja mediada por ... de DNA ... A filosofia, isso não tem nada a ver com uma coisa muito palpável, é só tratar e curar, então eu não posso fazer filosofia. (homem, método)

A doença só existe concretamente quando é ser visualmente constatada: O me senti mal, eu apalpo, eu examino, eu vejo e sinto (clínica).

Tudo fora dos limites do visível é desesperança. Só é possível fazê-lo se for delimitada fisicamente: Psiquiátrico no curso médico, me angustiava muito, eu sentia que eu era psicossomática, que somatizava

no sentido de justificar alterações psíquicas por alterações bioquímicas.

As representações encontradas confirmam esses aspectos de exclusão do subjetivo, como também de tudo que não seja salvar vidas:

Quem não gostava de estudar Medicina fazia Psiquiatria, assim como todo cara que era burro, ia fazer Ortopedia... Todo o bom ortopedista tinha que ter qualidade de ser burro e forte e o psiquiatra tem alguma coisa de louco, e não gosta de Medicina. Você vê que o estigma é desde a escola... aquele que não gosta de trabalhar, vai fazer Dermatologia, não vai ser chamado, aquelas coisas assim... (clínico)

As especialidades que cuidam de crianças e mulheres estão também entre as menos valorizadas. A tarefa médica valorizada é aquela, heróica, na qual a morte, a doença, são combatidas: *Medicina é mais isso que eu gostava, quer dizer, eu queria fazer Cirurgia, achava bonito, bonito entubar um doente, sei lá, o cara estava chocado, você salva a vida dele* (clínico).

É o cirurgião quem melhor incorpora esse papel de salvador. Ele é mais valorizado quanto mais pratica cirurgias de risco mortal. É figura admirada e invejada pelos colegas. Justamente por terem essa posição privilegiada, são muito criticados: *Nós temos que conviver com aquilo que nós chamamos de 'prima donna'. Porque o cirurgião anda na pontinha do dedo, é um bailarino e você tem que ficar batendo palma* (cirurgião-anestesista).

As especialidades cirúrgicas chamam muito a atenção, pois correspondem à fantasia heróica de tirar o 'mal', a doença. Doze entrevistados, fora os cirurgões, pensaram em fazer cirurgia.

Na profissão médica, as mulheres ocupam, em geral, especialidades ligadas a crianças e mulheres. Aquelas selecionadas para profissões tidas como mais masculinas são mais rigorosamente selecionadas.

Primeiro eu precisava provar para todo mundo que eu era boa. Para ser aceita como residente, eu precisei ser a melhor interna, porque não queriam me abrir espaço para ser residente, porque eu ia ser uma exceção. E todo o mundo esperava que eu provasse ser boa, porque se eu não fosse boa, nunca mais ninguém ia ser cirurgiã no Brasil, eu acho. (cirurgiã)

Em Medicina, são consideradas profissões mais masculinas as

O indivíduo coloca na tarefa sua própria memória, em confronto com as condições provenientes da relação de trabalho, dos componentes históricos. Em relação ao significado do trabalho, os componentes - o sujeito e o objeto. O sujeito em relação ao sujeito diz respeito a várias coisas que contribuem para a formação da imagem do narcisismo (Dejours, 1992).

O investimento narcísico abrange a evolução dos postos alcançados e o aperfeiçoamento das habilidades de prática da tarefa. Além deste investimento, outros relacionados com o material com o qual se trabalha, o encadeamento destes símbolos depende das suas fantasias, do que cada um incorpora na prática. Neste interjogo com a realidade, a história pessoal e o capital simbólico se tornam intrinsecamente presentes em uma dialética. Seis representantes comentam terem seguido ou um médico como modelo, diríamos investido em uma figura masculina. A idealização desse modelo é fortemente marcado pelo narcisismo, e alguns, como Klein (1952), interpretam seu significado como contra pulsões destrutivas: *Eu conheci um médico que era meu modelo de pediatra do jeito assim que eu gostava, ele trabalhava no Hospital do Câncer, e aí eu me apaixonei dele* (clínico).

A questão que mais apareceu como fator determinante da especialização foi a ansiedade desenvolvida em função das relações com pacientes. Klein (1959) salienta que as ansiedades e antipatias, além dos sintomas e atos fisiológicos, são angústias primitivas relacionadas a fantasias. Situações de empatia ou ansiedade foram reportadas por mulheres, tendo aparecido nove dentre 13 entrevistadas. Gonnella e Xu (1995) relatam que as mulheres se propensas a valorizar os aspectos psicosociais dos médicos do que seus colegas masculinos. *Neurologia era o caos ... assim, todos ótimos, eram bons, eram competentes, eram profissionais, eram doentes morrem! Morreu, né? Não tem satisfação, não tem realização, achava aquilo muito atraente para mim* (cirurgiã).

Percebe-se uma certa aflição, um desejo de aprovação,

quando esse espaço de negociação ficasse bloqueado (Dejours & cols., 1994).

Três representantes homens do grupo de Método Diagnóstico e duas mulheres, uma clínica e outra cirurgiã, comentaram que um dos motivos que os levaram à escolha da especialidade foram as condições de trabalho. Como a maioria das entrevistadas é casada e tem filhos, houve a necessidade de compatibilizar a vida privada e a profissional.

Os psiquiatras e os representantes da Medicina Preventiva são os que mais se assemelham em termos de capital simbólico. Fizeram cursos paralelos de Filosofia, Sociologia, interessam-se por Política, Literatura e Música, proporcionalmente mais que os médicos de outras especialidades. Todos dizem que optaram por especialidades mais abrangentes, mas o que têm em comum é o fato de trabalharem na fronteira da Medicina com áreas como Filosofia, Sociologia, Antropologia, Estatística e outras.

Não que a perspectiva biológica não tenha importância, é óbvio que tem importância. Mas são áreas que se complementam e a área que eu escolhi trabalhar me parece que é a área social. E a residência de Medicina Preventiva abria a possibilidade de você não se perder dentro da especialidade. (homem, Medicina Preventiva)

Os psiquiatras, da mesma forma que os integrantes da Medicina Preventiva, trazem uma preocupação com o ser humano em sofrimento em seus aspectos psíquicos e sociais. São eles que relatam sofrimento na relação com o paciente durante o curso médico.

Eu achava, eu gostava do contato com os pacientes, sempre me preocupava muito... acho que eu ficava muito constrangida com as coisas que a gente tinha que fazer com eles. O curso de Semiologia era um horror! Eu sabia que tinha dor, os pacientes tinham que suportar, porque a gente tinha que aprender de todo jeito aquelas coisas horrorosas do tipo: tem um sopro de tal jeito e aí fulano descreve e todo mundo bota o esteto no peito do pobre coitado... não era nada confortável. (mulher, psiquiatra)

Os mecanismos reparatórios ficam mais nítidos nesta fase de especialização. A reparação, termo cunhado por Klein

Este comentário é de um imigrante turco que fala sobre a perseguição religiosa turca e, de sua experiência de vida.

Nem sempre essas situações são expressas em palavras. Mas nota-se uma evolução na sua própria história.

Dejours (1992), sob a perspectiva da sociologia, chama de ‘ressonância simbólica’ o processo de mobilizado diante da ambigüidade entre o teatro psíquico e o teatro social.

No 2º ano, eu instrumentei tão direto que eu não quer dar uns pontinhos aqui nem ali. Eu no porta-agulhas, eu peguei com tudo, ‘Você leva jeito?’ Aí, eu também apanhei, eu também costurava, quando eu era eu mesma, eu roupas. É, eu era boa costureira, eu parede abdominal para mim foi bálsamo, cirurgia que é costura. (cirurgiã)

Este comentário é de uma ressonância simbólica entre o teatro psíquico e o teatro social. Ele fala sobre a sua experiência de vida, que começou a trabalhar aos 8 anos de idade, com manuais para ajudar os pais imigrantes. Ele fala sobre a ressonância simbólica entre o teatro psíquico, o sujeito articula sua história e sua condição atual de modo criativo.

Dejours e colaboradores (1992) falam sobre as relações intersubjetivas entre os sujeitos. As profissões criam defesas coletivas entre os sujeitos. Forma-se uma ideologia comum entre todos. Forma-se uma ideologia comum entre todos. As representações comuns. No caso da medicina preventiva, os valores éticos e no sistema de valores estão inscritos na profissão. Este conjunto pode constituir resistências construídas e organizadas coletivamente, que suavizam a percepção que os sujeitos fazem do sofrimento. Este conjunto pode constituir resistências construídas e organizadas coletivamente, que suavizam a percepção que os sujeitos fazem do sofrimento.

Considerações finais

As escolhas de profissão e especialidade são influenciadas por fatores culturais, sociais, familiares, traduzidas pela origem social e pelo capital econômico. Estas influências são complexas e inter-relacionadas.

interesses, como do capital simbólico da pessoa, herdado de sua família de origem.

Os indivíduos apresentaram variações no que se refere à capacidade intrínseca para lidar com as ansiedades geradas pela tarefa médica. Os recursos internos para manejar e elaborar situações geradoras de tensão e ansiedade dependem da história pessoal de cada um e do capital simbólico próprio.

A hierarquia de valores na Medicina e suas diversas especialidades pode ser considerada como defesa coletiva contra ansiedades decorrentes da tarefa médica, do constante lidar com situações de impotência.

As diferentes atividades das tarefas médicas, apesar de envolverem um *quantum* de sofrimentos, físico e psíquico, são gratificantes porque permitem atos e soluções criativos.

Consideramos importante a proposta de que, durante o curso de Medicina e Residência Médica, os temas destacados neste texto sejam abordados, na tentativa de assegurar a formação de profissionais que aliem o desenvolvimento técnico a uma prática médica mais integral, do ponto de vista do médico e do paciente.

Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
 Bohoslavsky, R. (1991). *Orientação vocacional: A estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes.
 Bourdieu, P. (1987). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
 Bourdieu, P. (1996). *Razões práticas: Sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus.

- Bourdieu, P. & Passeron, J. (1982). *A reprodução: Elementos para uma sociologia do ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
 Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e impotência do médico*. São Paulo: Brasiliense.
 Dejours, C. (1992). Uma nova visão do sofrimento humano. In: C. Dejours, J.-F. Chanlat (Orgs.), *O indivíduo na organização social*, pp. 149-173. São Paulo: Atlas.
 Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Imago.
 Hojat, M., Gonnella, J. S. & Xu, G. (1995). Gender comparison of perceptions of their medical education, professional life and personal life among Jefferson Medical College Graduates. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 312-317.
 Klein, M. (1975). Identificação e trabalho de reparação. Em P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere (Orgs.), *O psicanalista e seu paciente*, pp. 216-255. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1959).
 Klein, M. (1982). Algumas conclusões teóricas sobre a identificação. In: P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere (Orgs.), *O psicanalista e seu paciente*, pp. 216-255. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1959).
 Patton, M. G. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
 Rodrigues, A. M. (1978). *Operário, operária: Estudo exploratório da Grande São Paulo*. São Paulo: Símbolo.
 Rodrigues, A. M. (1981). Dinâmica grupal e indivíduo no processo de privilégios na família. *Cadernos de Pesquisa*, 20, 11-22.