

# Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes

The defenses employed by women with Turner syndrome: dealing with the disease

VERA LÚCIA SOARES CHVATAL<sup>1</sup>, FÁTIMA BÖTTCHER-LUIZ<sup>2</sup>, EGBERTO RIBEIRO TURATO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Psicóloga e pesquisadora do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ), Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp).*

<sup>2</sup> *Bióloga e professora do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, FCM/Unicamp.*

<sup>3</sup> *Psiquiatra e professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, FCM/Unicamp.*

Recebido: 5/6/2008 – Aceito: 9/10/2008

---

### Resumo

**Objetivo:** Conhecer as defesas utilizadas por mulheres com síndrome de Turner (ST) ou formas variantes para lidar com a doença. **Método:** Pesquisa qualitativa com desenho exploratório, não experimental. O instrumento consistiu em entrevista psicológica semidirigida, aplicada em 13 mulheres, cuja amostragem deu-se por saturação, as quais fazem acompanhamento semestral no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher. Os dados foram interpretados utilizando-se da abordagem psicodinâmica, aliada a um quadro eclético de referenciais teóricos para discussão no espírito da interdisciplinaridade. **Resultados:** Essas mulheres apresentaram conflitos psicossociais como dificuldades de relacionamento interpessoal; sentimentos de resignação, raiva, impotência, desvalia e quadros de depressão. As defesas utilizadas foram: repressão, negação, anulação, fantasia, adaptação e sublimação. **Conclusões:** As mulheres com ST ou formas variantes têm de lidar com as intercorrências orgânicas e psíquicas da enfermidade provocando grande sofrimento que, frequentemente, dificultam uma inserção social mais sadia. Neste caso, os achados deste estudo poderão nortear acompanhamento psicológico ambulatorial concomitantemente ao protocolo clínico de rotina.

*Chvatal VLS, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(2):43-7*

**Palavras-chave:** Síndrome de Turner, mecanismos de defesa, pesquisa qualitativa, genética.

---

### Abstract

**Objective:** To understand the defenses employed by women suffering from Turner syndrome (TS) and different ways of dealing with the disease. **Method:** Qualitative research with exploratory design, non-experimental. The instrument consisted of semi-conducted psychological interview, involving 13 women, undergoing semestral medical follow-up at the Women's Health Care Center, and whose sampling was determined by saturation. Data was interpreted using the psychodynamic approach along with an eclectic framework of theoretical references for discussion in the spirit of interdisciplinary approach. **Results:** These women displayed psychosocial conflicts such as difficulties in interpersonal relationships; feelings of resignation, anger, impotence, devaluation and depression symptoms. Defenses used were: repression, denial, annulment, fantasizing, adaptation and sublimation. **Discussion:** Women suffering from TS or variant forms must deal with the disease's organic and psychic implications that cause great suffering and often hinder a healthier social insertion. In this case, the study's findings can guide ambulatory psychological support concomitantly to the routine clinical protocol.

*Chvatal VLS, et al. / Rev Psiq Clín. 2009;36(2):43-7*

**Keywords:** Turner syndrome, defense mechanisms, qualitative research, genetics.

## Introdução

Este artigo trata dos mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner (ST) ou formas variantes para se estruturarem psicologicamente diante das intercorrências da enfermidade. Foi extraído da pesquisa de doutorado realizada no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), intitulada: “Vivências do fenômeno da infertilidade por pacientes com síndrome de Turner e variantes: um estudo clínico-qualitativo”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp).

## Aspectos éticos

Cada participante foi informada dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Os dados foram coletados após o termo de consentimento livre e esclarecido ter sido assinado, em duas vias, ficando uma via em poder da entrevistada.

## Características clínicas da síndrome

A ST e formas variantes estão associadas à monossomia total ou parcial do cromossomo X, cuja incidência atinge uma a cada 2.500 nativas<sup>1</sup>. As características das recém-nascidas portadoras podem ser semelhantes às crianças normais, exceto pelo baixo peso e, eventualmente, pelo linfedema das extremidades. Dessa forma, a maioria dos diagnósticos ocorre por ocasião da primeira infância em razão da baixa estatura acentuada ou durante a puberdade diante da ausência de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e amenorreia primária ou secundária.

Na idade adulta, essas mulheres podem apresentar todo o espectro fenotípico da síndrome, como a tireoidite autoimune e anomalias renais e cardíacas, dependendo da extensão e da localização da lesão cromossômica. O perfil hormonal é característico em razão da insuficiência ovariana, acarretando baixos níveis de estrógeno e altos níveis dos hormônios folículo-estimulante e luteinizante (FSH e LH, respectivamente). A infertilidade apresenta-se na quase absoluta maioria como um quadro irreversível.

Como variantes entende-se a amplitude genotípica e fenotípica da síndrome. A deleção total do braço curto do cromossomo X resulta, frequentemente, no fenótipo clássico, enquanto as alterações menores estão associadas à baixa estatura, amenorreia primária ou secundária e infertilidade. As deleções do braço longo denotam uma ampla gama de fenótipos, porém apenas pequenas porções estão diretamente relacionadas à síndrome, especialmente as ligadas ao desenvolvimento gonadal, e o exame ultrassonográfico revelará ovários diminuídos ou em fita.

Como tratamento, a recomendação principal é a terapia de reposição hormonal (TRH), visando à pre-

venção de doenças cardiovasculares e da osteoporose. Em alguns centros de estudo, para as pacientes mais jovens, pode-se indicar o uso do hormônio de crescimento (GH) e de estrógeno, como tratamento para a baixa estatura e estruturação de um biótipo feminino não infantilizado<sup>2</sup>.

## Mecanismos de defesa

É o conjunto de operações efetuadas pelo ego diante dos perigos que vêm do *id*, do superego e da realidade externa. As condutas defensivas não são exclusivamente da patologia e contribuem, normalmente, para o ajustamento, a adaptação e o equilíbrio da personalidade. Cada pessoa apresenta uma evolução nas suas estruturas defensivas e aquilo que pode ter sido adequado na infância ou na adolescência poderá não ser na idade adulta. Portanto, esse repertório defensivo pode exprimir uma plasticidade ou uma rigidez. Porém, frequentemente, todo indivíduo seleciona inconscientemente um número bastante restrito de comportamentos defensivos, que utiliza para lidar com os conflitos advindos de seu mundo interno ou externo. Isto é, qualquer estrutura defensiva, ao se constituir como uma escolha inconsciente de operar, afasta outras possibilidades, o que produz certa limitação funcional do ego<sup>3,5</sup>.

Entretanto, todos os mecanismos de defesa requerem gastos de energia psíquica, sendo alguns mais eficientes do que os outros. Os mecanismos considerados mais maduros são os que exigem menos dispêndio de energia, na medida em que são bem-sucedidos e geram a cessação daquilo que se rejeita, enquanto os mecanismos considerados neuróticos ou imaturos, por serem ineficazes, exigem grande dispêndio de energia pela repetição ou perturbação do processo de rejeição<sup>6,7</sup>.

## Sujeitos e métodos

Nesta pesquisa de corte transversal foi adotado o método clínico-qualitativo, que é uma particularização e um refinamento da metodologia qualitativa e é concebido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações psicológicas e psicossociais que as pessoas ligadas aos problemas da saúde dão aos fenômenos do campo da saúde-doença. Esse método apoia-se em três pilares: **atitude existencialista** que valoriza a angústia e a ansiedade presentes no indivíduo a ser estudado; **atitude clínica** de debruçar-se sobre a pessoa e acolher seus sofrimentos emocionais com o desejo de proporcionar-lhe ajuda e **atitude psicanalítica** do uso de concepções vindas da dinâmica do inconsciente da pessoa estudada, para a construção e aplicação dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa, assim como para o referencial teórico na discussão dos resultados<sup>8</sup>.

Como instrumento foi aplicada a entrevista psicológica<sup>9</sup>, semidirigida, com questões abertas<sup>10</sup> em 13 mulheres com fenótipo compatível com a ST e formas

variantes, com acompanhamento semestral ou anual no CAISM-Unicamp, durante o período compreendido entre 1990 e 2001, cuja idade variava de 18 a 45 anos. A amostragem intencional<sup>11</sup>, pois as entrevistadas foram contatadas após verificação nos Prontuários de Atendimento, deu-nos a liberdade de escolha dos sujeitos visando atender aos objetivos específicos da pesquisa, e foi fechada pelo critério de saturação<sup>12</sup>. Isto é, a partir do momento em que as entrevistas começaram a se tornar repetitivas, acrescentando pouco de substancialmente novo e revelando-se os dados coletados suficientes para uma boa discussão, foram encerradas. O material gravado e posteriormente transcrito foi submetido à Análise Qualitativa de Conteúdo de onde emergiu como uma das categorias, os mecanismos de defesa.

Para a interpretação dos dados, utilizou-se a abordagem psicodinâmica, aliada a um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade<sup>13</sup>. A validação foi feita em reuniões semanais com os pares<sup>13</sup>, no Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (FCM/Unicamp). Para preservação da identidade das mulheres que participaram da pesquisa seus nomes foram substituídos por flores.

## Resultados

Características sociodemográficas e quadro clínico no momento da entrevista

**Rosa** = 30 anos, colegial completo, do lar, casada, altura 1,45,5, peso 67 kg, mama e clitóris hipodesenvolvidos, osteopenia femoral discreta, cariótipo 46,XX/45,X.

**Violeta** = 31 anos, 2º colegial, auxiliar de enfermagem, casada, altura 1,55, peso 49 kg, mamas e útero hipodesenvolvidos, osteopenia discreta na coluna vertebral, cariótipo 46,XX/45,X.

**Jasmim** = 31 anos, grau superior, professora, solteira, altura 1,63, peso 65,2 kg, ovários hipodesenvolvidos, osteopenia lombar discreta, cariótipo 46,XX/45,X.

**Orquídea** = 22 anos, 2º grau, auxiliar de produção, casada, altura 1,42, peso 44,9 kg, útero hipodesenvolvido, cariótipo 45X/46X,IsoX(q).

**Margarida** = 45 anos, 1º grau, do lar, casada, altura 1,49, peso 73 kg, mamas, útero e ovários hipodesenvolvidos, osteoporose na coluna lombar, cariótipo 46,XX/45,X.

**Azaleia** = 24 anos, 2º grau, ajudante de cozinha, solteira, altura 1,58, peso 64 kg, mamas hipodesenvolvidas, cariótipo 46,XX/45,X.

**Crisântemo** = 28 anos, 2º grau incompleto, operadora de caixa, casada, altura 1,54, peso 65 kg, genitais hipodesenvolvidos, osteoporose lombar e femoral, cariótipo 46X, del Xq(22-qter).

**Girassol** = 33 anos, colegial completo, balconista, casada, altura 1,45, peso 42 kg, útero e ovários hipodesenvolvidos, osteopenia lombar e femoral, cariótipo 45,X.

**Primavera** = 18 anos, 1º grau, estudante, solteira, altura 1,35, peso 31 kg, mama e genitais hipodesenvolvidos, cariótipo 45,X/46X,r(X).

**Lírio** = 21 anos, 2º grau, estudante, solteira, altura 1,61, peso 69 kg, mamas hipodesenvolvidas, osteopenia femoral, cariótipo 46,XX/45,X.

**Lótus** = 36 anos, 2º grau, desempregada, solteira, altura 1,46, peso 65 kg, genitais hipodesenvolvidos, osteoporose lombar e femoral, cariótipo 45,X.

**Tulipa** = 27 anos, grau superior, biomédica, solteira, altura 1,50, peso 40 kg, mamas e clitóris hipodesenvolvidos, osteopenia lombar e femoral, cariótipo 45,X.

**Amor perfeito** = 26 anos, 2º grau, operadora de caixa, casada, altura 1,44, peso 56,6 kg, cariótipo 45,X.

Essas mulheres procuraram o CAISM em consequência de um quadro de amenorreia, primária ou secundária, que precisava de acompanhamento médico por toda a vida em razão de intercorrências da ST, como osteoporose, cardiopatias e doenças renais, entre outras, além da infertilidade. No plano psicológico, o desconhecimento sobre a síndrome provoca temores e especulações a respeito de outras correlações, como a doença mental, além de conflitos psicossociais, como dificuldades de relacionamento interpessoal; sentimentos de resignação, raiva, impotência, desvalia e quadros de depressão também foram desvelados. Para lidar com todas essas intercorrências, utilizam-se os mecanismos de negação, repressão, fantasia, anulação, adaptação e sublimação.

## Discussão

A fala e seus significados

Vivemos em um mundo de símbolos, um mundo de símbolos vive em nós. Símbolo, cujo radical grego *sym* significa junto, era para os gregos um sinal de reconhecimento, formado pelas duas metades de um objeto partido, que se juntavam. É a unidade perdida e refeita<sup>14,15</sup>, o visível que aponta para o invisível<sup>16</sup>.

Assim sendo, a fala das mulheres pesquisadas aponta importantes significações, para além do visível temor diante do diagnóstico de uma enfermidade genética: *“A ST tem correlação com a deficiência mental? Ao saber do meu diagnóstico fui procurar saber tudo sobre a síndrome, pois eu achava que a deficiência mental era uma das características da síndrome”* (Tulipa).

Essa fala angustiada ilustra um dos fatores que essas mulheres associam à ST, que é o medo de, juntamente com a síndrome, desenvolver um quadro de deficiência mental. Essa paciente, mesmo tendo procurado informações sobre a síndrome, ainda buscou confirmação com a pesquisadora para amainar a angústia advinda de um diagnóstico desfavorável e assustador pelo desconhecimento do que ele realmente poderia significar.

Os grupos humanos sociais definem padrões normais ou estigmatizados. Uma pessoa é considerada normal quando atende aos padrões previamente esta-

belecidos e a transgressão desses padrões caracteriza o estigmatizado. O estigma se interpõe em todas as relações, como um constructo social que é internalizado pela maioria das pessoas como anormal. *“Por definição, é claro, acreditamos que alguém com estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminação, através das quais efetivamente e, muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida”*<sup>17</sup>. Entre os estigmas construídos historicamente está o da pessoa com deficiência mental, atualmente designada *“com necessidades especiais”* (grifo nosso).

A sociedade capitalista, via de regra, privilegia o ter em lugar do ser. É uma sociedade que nem sempre valoriza a colaboração e a solidariedade, em contraponto à competição acirrada e à violência. Neste tipo de sociedade, ser portador de necessidades especiais equivale a não ter seus direitos devidamente reconhecidos, nem ter oportunidades equivalentes aos considerados normais ou não estigmatizados. Em vista disso, pode-se inferir que as mulheres com ST temem não ter uma aceitação social plena em decorrência do estigma que sua enfermidade comporta.

*“As pessoas zoavam comigo por eu ser baixinha...”* (Amor Perfeito); *“Eu me sinto diferente por não poder ter filhos como todo mundo!”* (Crisântemo). Sentir-se diferente em uma sociedade que massifica e pune o que não é igual, estigmatizando-o, sempre provoca uma interação angustiada<sup>17</sup>. O corpo é a nossa memória mais arcaica. Nele, nada é esquecido. Cada acontecimento vivido, particularmente na primeira infância e também na vida adulta, deixa no corpo sua marca profunda<sup>16</sup>. Tanto é que as mulheres pesquisadas demonstravam um comportamento tímido e temeroso: *“Eu gostaria de não me importar tanto com o que as pessoas falam”* (Lírio); *“Eu achava que tinha algum defeito”* (Jasmim).

Essas mulheres temem as consequências do preconceito advindo do diagnóstico de uma síndrome genética, na mesma proporção em que elas denunciam seu próprio preconceito. Frequentemente, qualquer anomalia comporta uma primeira reação de repulsa. A anomalia exige, para ser compreendida, que se vá além das normas habituais de julgamento e assim conduz a um conhecimento mais profundo dos mistérios do ser e da vida.

#### Respostas ao adoecimento

As respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de crenças e valores. As formas como as pessoas se colocam perante a doença, conferindo-lhes significados e desenvolvendo modos de lidar com ela, são conceituadas como experiências da enfermidade<sup>18</sup>. Nas mulheres entrevistadas essas experiências denotam, além de muita dor, sentimentos de resignação, raiva, impotência, desvalia e quadros de depressão: *“Se aconteceu assim, é porque tinha que ser assim...”* (Margarida); *“Por*

*que eu?”* (Girassol); *“Tenho um bom emprego (...) mas, tinha depressão e ficava muito triste, isso me afetou muito psicologicamente”* (Jasmim).

Receber o diagnóstico de ST com todas as intercorrências clínicas que a acompanha parece ser uma ideia inaceitável para essas mulheres. E a negação é uma das defesas utilizadas. *“Eu achava que não tinha a ST”* (Jasmim); *“Eu escondia das pessoas o que eu tinha, não queria que soubessem...”* (Violeta). Negar as sensações dolorosas é um recurso tão antigo quanto o próprio sentimento de dor. E muito comum nas crianças pequenas, pois, por intermédio dessa negação, elas realizam desejos que exprimem a efetividade do princípio do prazer<sup>19</sup>.

O mecanismo de repressão também é usado como uma forma de excluir do campo da consciência a ideia perturbadora: *“Só me lembro quando venho à Unicamp”* (Rosa). Não pensar sobre isso evita ter de reviver a angústia de ser vítima de uma síndrome genética e de sentir-se diferente por ser infértil. *“Precisava saber se ele queria mesmo ou não ficar comigo nessas condições, sem poder ter filhos”* (Orquídea). Afinal, a infertilidade ou a incapacidade de procriar pode representar uma ameaça à sexualidade, na medida em que lhes é negada a frutificação e as impede de se sentirem sedutoras para seus companheiros.

*“Não esquento a cabeça com isso...”* (Azaleia). No caso, a indiferença manifestada nada mais é do que uma repressão e rejeição das circunstâncias desfavoráveis com as quais a consciência, ou seu ego, tem de lidar. Em termos psíquicos equivale a dizer que ocorre uma diminuição do ideal do ego e conseqüente aumento no narcisismo como forma de resolver o conflito.

*“Eles disseram que não posso engravidar, mas só Deus é quem sabe!”* (Rosa); *“Se eu tiver que ter (filhos), se Deus quiser que eu tenha, então vou ter!”* (Lótus). Nessas falas podemos inferir a utilização do mecanismo de anulação, na medida em que recorrem à onipotência divina para resolver o problema. Aliás, como essa questão da religiosidade é bastante comum, pode-se pensar em um traço cultural. No entanto, se precisam recorrer ao Supremo e Onipotente Ser, pode-se inferir que elas se sentem impotentes perante a enfermidade e suas sequelas. E o sentimento de impotência, na medida em que remete à fragilidade e finitude humanas, traz frustração e medo. Não ter potência significa estar à mercê de forças que subjugam e que não se pode modificar ou com as quais sequer se pode lutar.

Da mesma maneira, a fantasia é utilizada como forma de lidar com a situação: *“Uma vez o médico perguntou se eu tinha tido algum acidente, mas eu não me lembrava de nada. Mas há pouco tempo eu me lembrei que, quando eu tinha mais ou menos 10 anos, caí sobre uma cristaleira, assim, com as pernas abertas...”* (Jasmim). Parece que é mais fácil aceitar que a enfermidade decorreu de um acidente na infância do que suportar a ideia de uma doença genética desconhecida, obscura e misteriosa. Aliás, as entrevistadas declararam, referindo-se ao diagnóstico,

que não compreenderam “quase nada do que o médico falou...” (Violeta, Tulipa, Primavera, Margarida).

Houve falha na explicação do profissional ou rejeição por parte delas em absorver a informação que estava sendo passada? Provavelmente, ambos. Os mecanismos de defesa são processos psíquicos que visam reduzir qualquer manifestação que possa colocar em perigo a integridade da pessoa. Nesse caso, o diagnóstico da síndrome, por demais desfavorável ou ameaçador, parece provocar uma reação defensiva automática do ego, buscando manter o equilíbrio homeostático. E, em contrapartida, pode-se inferir que alguns profissionais têm dificuldades em explicar com clareza o diagnóstico e suas consequências aos seus pacientes em razão dos seus próprios mecanismos defensivos.

As próximas falas apontam para os mecanismos de adaptação e de sublimação: “Sei que preciso de cuidados sempre, sei que cuidar da saúde é muito importante e quero fazer isso” (Orquídea); “Adotei um bebê. É a filha que nasceu do meu coração” (Margarida). Buscar uma convivência razoável com a síndrome e suas sequelas revela que o sofrimento pode ser elaborado e controlado por essas mulheres. O mecanismo de sublimação é um dos mais eficazes, pois canaliza os impulsos libidinais para uma postura socialmente útil e aceitável, como é o caso da adoção. Nesse caso, a sublimação é considerada como a adaptação lógica e ativa das pulsões do *id* que, em harmonia com o superego, se satisfazem tanto em proveito do aparelho psíquico quanto das normas que regem o contexto social.

Sabemos que a função do símbolo é dar representatividade para os fenômenos e, assim, servir como estruturante do *dever* humano. Vida e morte, assim como perdas e ganhos, complementam-se num processo indissolúvel e inerente. Entretanto, a experiência de perdas significativas, que englobam não só situações de morte física, mas também de morte simbólica, pode acarretar consequências danosas para a pessoa e sua família. E deve ser abordada como provocadora de uma crise, por definição.

Muitas vezes, as pessoas que estão vivenciando a crise percebem que seus recursos podem ser inadequados para esse enfrentamento e buscam ajuda externa. Outras vezes, não percebem suas limitações e intensificam o sofrimento ou buscam atenuá-lo à custa do desgaste de suas defesas. Por norma, o ser humano procura adaptar-se às dificuldades da vida. E, nesse caso, a finalidade dos mecanismos de defesa é reduzir ou eliminar a ansiedade advinda dessas dificuldades. Entretanto, alguns mecanismos, apesar de funcionarem como válvulas de escape da ansiedade causada pelo aumento da tensão, ao invés de ajudar podem simplesmente mascarar o estresse e contribuir para aumentá-lo.

Portanto, é importante conhecer o estilo defensivo das mulheres com ST e formas variantes, pois é fundamental para o psicodiagnóstico e para uma adequada formulação terapêutica. E, nesse caso, os achados da pesquisa servem

de norte para consubstanciar o atendimento psicológico, concomitante ao protocolo clínico de rotina.

## Agradecimentos

Agradecemos às participantes do estudo, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e aos membros do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp).

## Referências

1. Thompson JS, Thompson MW. Genética médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
2. Hoffee PA. Genética médica molecular. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
3. Freud S. (1893-1899). Primeiras publicações psicanalíticas. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 2.ed. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago; 1987.
4. Freud S. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1.ed. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
5. Kusnetzoff JC. Introdução à psicopatologia psicanalítica. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1982. p. 206-220.
6. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, et al. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(4):255-8.
7. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, et al. Os mecanismos de defesa se modificam de acordo com o transtorno psiquiátrico? Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(3):179-83.
8. Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. Rev Port Psicossomática. 2000; 2(1):93-108.
9. Bleger J. A entrevista psicológica. In: Temas de psicologia. São Paulo: Martins Fontes; 1980. p. 9-41.
10. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. Rev Latino-Am. Enfermagem [Latin American Journal of Nursing]. [serial on the Internet]. Outubro de 2006 [citado em 24 de março de 2007]; 14(5):812-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/v14n5a25.pdf>.
11. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach; an introduction to qualitative methods in health and health services researches. BMJ. 1995;311:42-5.
12. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. Cad Saúde Pública. 2008 [citado em 29 de janeiro de 2009];24(1):17-27. Texto completo em português: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3.ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
14. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
15. Zimerman DE. Vocabulário contemporâneo de psicanálise. Porto Alegre: Artmed; 2001.
16. Leloup JY. O corpo e seus símbolos. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 11-15.
17. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
18. Alves PC, Rabelo MC. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Experiência de doença e narrativa (PC Alves, MC Rabelo, org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 171-185.
19. Freud S (1920). Além do princípio do prazer. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1.ed. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 1976.