

# PSICOSSOMÁTICA: AS QUEIXAS DA ALMA

## MANIFESTADAS NO CORPO

Iva Selmira Viebrantz  
Dulce Grasel Zacharias

### RESUMO

Este estudo de caso refere-se a uma paciente feminina, 72 anos, casada, aposentada, que veio trazida por uma familiar para acompanhamento psicológico em um hospital que é referência na região pelos atendimentos oncológicos prestados. O número de atendimentos foi bastante reduzido por decisão da paciente e da familiar, o que demonstra ser um pouco do funcionamento rígido da paciente, inflexível quanto às mudanças. Será apresentado ainda um referencial teórico relacionado ao assunto, bem como uma discussão do caso apresentado.

**Palavras-chave:** Idoso. Oncologia. Estudo de caso. Psicoterapia breve.

### INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso como um dos resultados do estágio curricular da autora, realizado em um hospital da região e que tinha atendimentos psicoterápicos aos pacientes como uma das atividades a serem desenvolvidas. Os atendimentos eram realizados via Sistema Único de Saúde (SUS) e é importante frisar que os atendimentos psicológicos realizados em hospitais, normalmente necessitam ser mais efetivos uma vez que não se dispõe de tanto tempo quanto em um estágio realizado em outro local como, por exemplo, em uma clínica escola. Nos hospitais, prevalece o caráter de urgência, seja pela necessidade do paciente (alta ou óbito iminente) ou pela escassez de recursos humanos para atendimento da demanda que se faz nas redes públicas de saúde. Dada esta urgência na maioria das vezes, os números de atendimentos são poucos e o profissional da Psicologia necessita ter uma escuta mais apurada para um melhor entendimento da situação daquele a quem está ouvindo. O caso aqui relatado referencia-se a uma paciente de 72 anos que veio em busca de atendimento trazida pela sua filha de 47 anos. Ambas estavam em busca de um diagnóstico a uma dor que acomete diariamente a paciente. O desfecho para este estudo de caso não foi conforme o desejado, uma vez que o número de atendimentos prestados foi apenas quatro e o encerramento dos atendimentos partiu da paciente e da familiar pelas expectativas não correspondidas.

A perspectiva de compreensão utilizada para o estudo deste caso será a visão sistêmica, uma vez que, conforme Minuchin (1982) há o entendimento de que "... o homem não é um ser isolado. Ele é um membro ativo e reativo de grupos sociais." (p. 12) e a família "é um grupo social natural, que governa as respostas de seus membros aos *inputs* de dentro e de fora." (p. 16). E esta visão corrobora a opinião do autor Simonetti (2016) quando este

nos diz que "a psicologia hospitalar vem se desenvolvendo no âmbito de um novo paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser humano e privilegia a articulação entre diferentes formas de conhecimento" (p. 25-26).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido a partir dos atendimentos psicoterápicos realizados a uma paciente. Estes atendimentos aconteceram em um hospital durante a realização dos Estágios Integrados do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Destaca-se que a paciente não estava internada no hospital no decorrer destes atendimentos, sendo que comparecia acompanhada pela sua filha. A metodologia de estudo de casos é utilizada preferencialmente quando a intenção é investigar uma realidade, compreendendo-a de forma integral, descritiva e interpretativa, em uma busca pela desocultação e pela descoberta. Assim torna-se possível que se investigue um contexto real e um conhecimento particularizado, construindo o conhecimento através da escrita científica, estruturada, interpretativa e crítica. (COIMBRA e MARTINS, 2013) Para a realização deste estudo, a paciente aceitou o relato de sua história assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A seguir será apresentado o caso, incluindo: histórico; motivo da procura por psicoterapia e impressões iniciais; genetograma; entendimento dinâmico e hipóteses diagnósticas. Por fim, será abordado um referencial teórico, cujos pontos abordados serão: o papel da Psico-oncologia; as fronteiras familiares; a diferenciação do *self*; a inversão de papéis frente à velhice e o adoecimento; e a manutenção do paciente identificado (P.I.) para garantir a homeostase familiar. Buscou-se conceituar estes pontos a partir da literatura e realizar uma discussão do caso apresentado baseado nestes conceitos.

## **Relato do caso da paciente E.C.J<sup>1</sup>**

### **Histórico**

Paciente E.C.J., feminina, 72 anos, casada, aposentada, dois filhos adultos (um homem e uma mulher), residindo com o marido e a filha (T.R.J.) em uma cidade do Vale do Rio Pardo. No primeiro atendimento psicológico realizado à paciente, esta veio acompanhada pela filha T.R.J., 47 anos e encaminhada pelo médico clínico oncológico que vem acompanhando-a desde 2014. A paciente apresenta um histórico pregresso de neoplasia maligna do aparelho digestivo com lesão invasiva, tendo realizado cirurgia, mas não sendo necessário tratamento quimioterápico ou radioterápico. Em todos os atendimentos, a paciente mostrou-se lúcida, orientada no tempo e espaço, comunicativa,

---

<sup>1</sup> Paciente e familiar serão identificadas apenas pelas iniciais com o intuito de não expor suas identidades, garantindo-lhes assim o sigilo prometido.

ciente do diagnóstico de câncer, referindo cirurgias, procedimento posterior devido aderências e verbalizando sobre sofrimento psíquico devido à dor abdominal recorrente.

### **Motivo da procura por psicoterapia e impressões iniciais**

Em seu relato, E.C.J. diariamente sente dor abdominal de grande intensidade, em horários inespecíficos, que dura cerca de 15 minutos e que alivia com ela fazendo compressão com as mãos e, de preferência, com aplicação de gelo local. E, seguindo em seu relato, já foram realizados vários exames e procedimentos, inclusive cirurgia, em busca de um diagnóstico para este sintoma e nada foi encontrado. A filha T.R.J. se mostra apreensiva frente o comportamento da paciente (mãe), relatando que a mesma apresenta isolamento social e recusando convites e passeios, devido a esta dor.

Os atendimentos duravam cerca de 90 minutos e o que pôde ser percebido é que a paciente encontrava-se naquele momento em um sofrimento psíquico devido à dor e à perda de autonomia relacionada à independência e à voz de comando que possuía até adoecer. Baseada no relato da familiar percebeu-se que os familiares são superprotetores, limitando a atuação da paciente devido ao adoecimento. Na fala da paciente, esta se recusa a sair de casa para passeios que não são do seu interesse, como por exemplo, compras em lojas, mas que gosta muito de passear e ficar por vários dias, em uma casa que a família possui no interior da cidade em que reside. Para a filha T.R.J. que lhe acompanhava nos atendimentos psicoterápicos, esta preferência era um absurdo, uma vez que considerava até perigoso a mãe permanecer isolada por tantos dias e em condições muito precárias (não há luz elétrica, nem saneamento básico no local). Além do quê, segundo T.R.J., não era do agrado de seu pai este tipo de passeio. T.R.J. foi orientada que estas questões de preferências entre marido e esposa, diz respeito ao subsistema conjugal e portanto, deveria ser resolvido entre eles. Ressaltamos ainda o quanto de vivacidade aparecia no olhar de sua mãe (paciente) quando esta relatava do quanto gostava de estar retirada, isolada e que isso deveria ser levado em consideração.

Afora estas orientações, outras possibilidades como intolerâncias a algum tipo de alimento foram levantadas e para tanto, foi repassado o telefone de uma nutricionista que atende na região para uma investigação de fatores mais concretos. Foi agendada nova consulta psicológica para a semana seguinte.

No segundo atendimento, a paciente e a filha T.R.J. que a acompanhava, referiram percepção de minimização dos episódios de dor nos últimos dias. Neste dia especificamente, E.C.J. externalizou irritabilidade frente a conflito pessoal em que se envolveu momentos antes da consulta: uma irmã sua colocara um terreno próximo a casa de E.C.J., à venda. Neste terreno, havia uma casa que incendiou-se faz anos, restando

atualmente apenas escombros. E naquele dia, maquinários da Prefeitura haviam ido até este terreno para limpá-lo. Suspeitava-se que isto ocorrera por denúncias dos vizinhos, uma vez que o local tornara-se fonte de proliferação de bichos e insetos. E.C.J. mostrava-se agitada, irritada, bem ativa e mobilizada para enfrentamento da questão, uma vez que achava um absurdo esta atitude por parte da Prefeitura. Em seu entendimento, não compreendia como que ela, E.C.J., não fora consultada antes do que considerava uma invasão do espaço privado. Sua filha, T.R.J., estava incomodada frente à postura da paciente (mãe), orientando comportamento mais pacífico e flexível. Considerava que este não era assunto que dissesse respeito à E.C.J. e, portanto, estava metendo-se em encrencas desnecessárias.

A percepção que tivemos neste atendimento, é que a paciente E.C.J. estava mobilizando-se para recuperação de sua autonomia, sua independência e voz de comando prévias. A familiar (filha T.R.J.) foi orientada neste sentido e esta referiu ainda que sua mãe (paciente) aceitara iniciar sessões de Pilates e acupuntura, o que havia lhe trazido um efeito positivo. Nova consulta psicológica foi agendada para dentro de 15 dias.

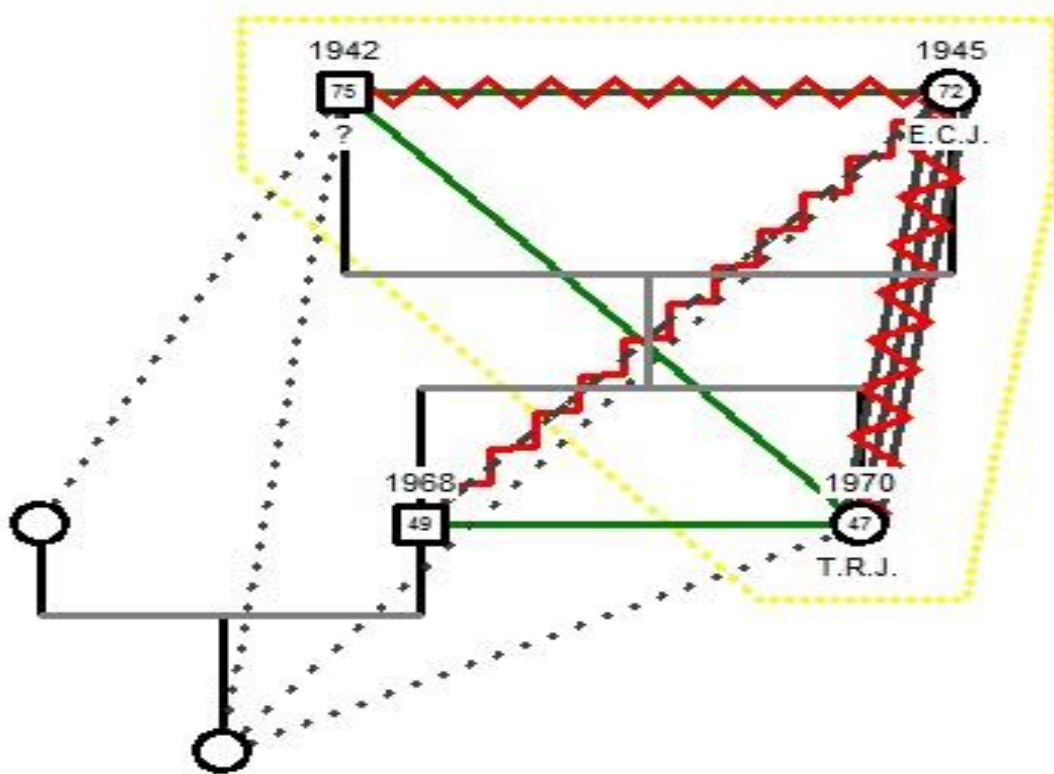
Na terceira consulta, a paciente E.C.J. chegou (atrasada) em um momento de dor abdominal intensa, acompanhada pela filha T.R.J. Permaneci com a paciente na recepção, ofertando-lhe água, enquanto sua filha T.R.J. entrou para o atendimento com a psicóloga. Nesta abordagem individual com T.R.J., esta relatou que devido a algumas manutenções que estão sendo feitas na casa, fez-se necessário a colocação de um piso em um local em que havia árvores frutíferas. Isto foi algo de profundo desagrado para E.C.J. que parecia não compreender a necessidade desta modificação. E desde então, T.R.J. refere percepção de piora das queixas de dor desde o dia da última consulta psicológica. A familiar (filha) descreve compreensão de impacto psicológico no quadro de dor da paciente (mãe), conforme a ocorrência de acontecimentos que contrariam seus desejos.

Após este breve atendimento individual de T.R.J. (filha) e diante da melhora do episódio de dor da paciente (E.C.J.), esta entrou na sala para atendimento juntamente com sua filha, T.R.J. Neste momento, foram trabalhadas com paciente e familiar hipótese de componente psicológico no desencadeamento das crises de dor, mas E.C.J. (paciente) nega sofrimento psíquico embora estivesse com os olhos marejados d'água e a voz embargada. Verbaliza sobre frustração ou irritabilidade diante do quadro que se apresenta (colocação de piso contra sua vontade), emociona-se, mas recorre ao discurso de negação do quadro. Estas questões sobre a não aceitação/verbalização do que lhe incomoda de fato é colocado pela psicóloga, bem como a importância de fazê-lo. Por fim, a familiar T.R.J. refere que, apesar das intensificações no quadro de dor, paciente E.C.J. mantém as sessões de Pilates e acupuntura. Nova consulta foi marcada para dentro de 15 dias.

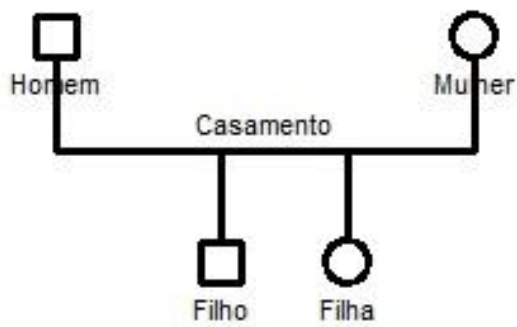
Neste quarto e último atendimento, paciente e familiar referiram continuidade das crises recorrentes de dor (vários episódios ao dia). Novamente foi discutido sobre os exames e consultas de investigação dos aspectos físicos que justificam a dor de E.C.J. (paciente). Também foi questionado sobre investigação de alergias alimentares, mas negaram terem-no realizado. Então, foi reorientado (conforme fora orientado na primeira consulta) que verificassem sobre estas questões com o médico que a acompanha. Também foi trabalhado a resiliência da paciente, E.C.J, para mobilizar recursos emocionais visando uma melhor administração do quadro difícil e gerador de sofrimento psíquico como os quadros de dor recorrentes que vinham lhe acometendo.

Foi ressaltada a importância de buscar ressignificar o adoecimento e o quadro (de dor) que se instalara, mas percebeu-se a paciente resistente, prostrada, inflexível quanto a movimentos seus em prol de mudanças. Apresentava um discurso rígido de impossibilidade de alterar rotina e repensar hábitos, enquanto a dor não cessasse definitivamente. A familiar T.R.J. (filha) referiu que a paciente passa bastante tempo acamada devido às queixas de dor, mostrando-se inapetente, com mínima ingestão diária de alimentos há mais de dois anos e neste sentido, foi orientado a ficarem atentas a este sintoma e comunicarem o médico assistente. T.R.J. referiu ainda desgaste dos familiares devido impacto do sofrimento da paciente e frustração deles (familiares) frente todas as mobilizações para auxiliar E.C.J., sem resultados. Por fim, E.C.J. (paciente) e T.R.J. (filha) decidiram que agendariam nova consulta quando considerassem necessário, pois neste momento, estavam dando por encerrada as consultas enquanto acompanhamento, devido à falta de resultados mais efetivos.

# Genetograma



## Legenda



### Relacionamentos:

Indiferente / Apático



Harmonia



Fused-Hostile



Distante / Hostil



Moram junto



## **Entendimento dinâmico e hipóteses diagnósticas**

Entende-se que a familiar (filha, T.R.J.) procurou o atendimento psicoterápico para sua mãe porque filha e mãe encontram-se fusionadas, emaranhadas, com a filha, neste momento, tentando desempenhar o papel que outrora fora de sua mãe. Ou seja, há uma inversão de papéis: a filha T.R.J. sente-se na obrigação de cuidar, proteger sua mãe desde que esta adoecera. A mãe, por sua vez, não aceita este controle rebelando-se aos desejos de sua filha.

A paciente (E.C.J.) adoeceu em 2014 e embora a doença tenha sido tratada de forma satisfatória, a família segue superprotegendo-a, não permitindo-lhe a mesma autonomia de antes. E apesar de E.C.J. manter uma aparência de tranquilidade, de “*não estou nem aí*”, conforme afirmara várias vezes, há uma raiva contida sob esta superfície aparentemente calma que se manifesta em forma de dor abdominal toda vez que é contrariada em seus desejos. Exemplo disso, quando no terceiro atendimento compareceu muito irritada porque, contra sua vontade derrubaram algumas de suas árvores frutíferas para a colocação de um piso.

Por fim, quanto às hipóteses diagnósticas diante das orientações que foram dadas e que não foram seguidas, pode-se concluir que há uma necessidade de manutenção do paciente identificado (P.I.) para a manutenção da homeostase familiar.

## **Fundamentação teórica**

### **Psico-oncologia**

Segundo Veit e Carvalho (2008), o câncer existe desde a Antiguidade e desde aquela época, sempre esteve associado a estados emocionais e, conseqüentemente, o tratamento desta doença exige também cuidados psicológicos. Desta forma surge a psico-oncologia que consiste “[...] em uma área do conhecimento da psicologia da saúde, aplicada aos cuidados com o paciente com câncer, sua família e os profissionais envolvidos no seu tratamento.” (VEIT; CARVALHO, 2008, p. 15).

Conforme a autora Carvalho (2002), embora o tratamento em relação ao câncer tenha evoluído possibilitando até mesmo a cura em alguns casos, o diagnóstico desta doença ainda está bastante associado à morte. O paciente quando do recebimento deste diagnóstico, sente uma infinidade de sentimentos, entre eles: angústia e medo (de mutilações, de tratamentos dolorosos, de perdas associadas a esta). Desta forma, um apoio psicológico se faz necessário tanto ao paciente quanto aos familiares e por apresentar uma situação de sofrimento e queixas específicos, difere-se da Psicologia Hospitalar passando a ser um assunto pertinente a um profissional da Psico-Oncologia.

De acordo com um levantamento realizado por Carvalho (2002) acerca de termos mais usados nos artigos de Psico-Oncologia e trabalhos apresentados em Congressos, a autora constatou que há referências a problemáticas que o paciente pode apresentar em maior ou menor grau durante o processo de enfermidade. Estas problemáticas são de ordem: intrapsíquica (ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e esperança); social (isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia) e relacionada ao câncer (processo da doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação problemática com o médico). O paciente pode vir a apresentar um ou vários destes aspectos e desta forma um apoio psicológico se faz necessário.

### **Fronteiras**

Na definição de Minuchin (1982), “fronteiras de um subsistema são as regras que definem quem participa e como.” (p. 58). Ou seja, o esclarecimento, por exemplo, ao filho mais velho que este não deve agir como sendo pai do seu irmão mais novo. Cada subsistema dentro de uma configuração familiar tem funções específicas e a função das fronteiras é proteger, limitar este subsistema. E, seguindo na explicação deste autor, quando as fronteiras dos subsistemas são nítidas, está havendo um funcionamento adequado no meio familiar.

Algumas vezes, conforme Minuchin (1982) há famílias que funcionam tendo suas fronteiras difusas e quando isso acontece, por carecerem de recursos poderão surgir dificuldades da família se reorganizar, se adaptar quando situações estressantes surgem, o que acaba por sobrecarregar o sistema. E por fim, outra possibilidade são as fronteiras rígidas onde “a comunicação através dos subsistemas se torna difícil e as funções protetoras da família ficam prejudicadas.” (p. 59). Tanto as fronteiras difusas quanto as rígidas, são chamadas de emaranhamento e desligamento.

### **Diferenciação do *self***

A criança quando nasce está fusionada à sua família, não se percebendo diferenciada e fará parte do seu desenvolvimento aprender a diferenciar-se para que possa atingir sua independência e autonomia. A criança sentir-se pertencente à família, compartilhando as mesmas crenças, valores, regras, mitos e segredos, é tão importante quanto saber-se um ser diferenciado em sua singularidade, com seu próprio modo de pensar e expressar-se que nem sempre é o mesmo que de sua família. (MARTINS; RABINOVICH; SILVA, 2008).

Ainda de acordo com as autoras Martins, Rabinovich e Silva (2008), a família pode favorecer ou dificultar a criança neste processo de diferenciação do *self*, sendo um exemplo



citado pelas autoras a projeção familiar sobre um filho “escolhido”, onde haverá a transferência de uma carga de frustrações ao invés de estímulos ao processo de diferenciação. Famílias cujas fronteiras são mais flexíveis são facilitadoras neste processo de diferenciação.

### **Inversão de papéis frente à velhice e o adoecimento**

De acordo com Cerveny e Berthoud (2002) o ciclo vital da família brasileira subdivide-se em quatro fases: fase de aquisição, fase adolescente, fase madura e fase última. É na fase madura que há um remodelamento na relação entre pais e filhos, sendo o maior marco desta transformação o filho que torna-se adulto passando a gerenciar sua própria vida. Com a saída do(s) filho(s) de casa, os pais voltam a ser um casal e será o momento de lançarem um olhar sobre a relação conjugal, ressignificando-a. Neste momento do ciclo vital o casal poderá assumir o papel de cuidadores da geração mais velha, vivenciando o declínio físico, o adoecimento e a morte dos próprios pais. Vários sentimentos (tanto alegres quanto pesares) poderão vir à tona frente a esta nova realidade, frente aos novos papéis assumidos.

Cerveny e Berthoud (2002) descrevem a família na fase última do ciclo, como apresentando características de fechamento de ciclo devido ao seu caráter transgeracional, mantendo alguns valores e costumes ou ajustando-se a novos modelos de família. Devido a sua limitação física crescente, o idoso passa a limitar suas atividades, tornando-se cada vez mais recluso. Sendo o idoso também “... contemplado com a possibilidade de trazer sentido a fatos aparentemente deslocados, [...] e de certa forma se assenhorando do tempo vivido [...]” (p. 129). O idoso passa a preocupar-se com sua saúde numa atitude de manter a morte distante, embora que em uma idade mais avançada, passa a aceitar alguns incômodos e limitações, revendo assim, seu conceito sobre saúde.

Com a diminuição das atividades, os idosos passam a necessitar de cuidadores e não raro serão seus filhos que exercerão este papel. Alguns passam a ter a dimensão da perda de sua autonomia e que devido a isso, passaram a ser motivo de preocupação. Algumas vezes ao não sentir-se preparado para esta inversão de parentalidade, o idoso apresenta dificuldades em se deixar ser cuidado, dificultando assim a tarefa do seu cuidador. (CERVENY; BERTHOUD, 2002)

### **Manutenção do paciente identificado (P.I.) para garantir a homeostase familiar**

A família, assim como todo sistema aberto, recebe interferências do meio (*inputs* do sistema social) e necessita estar constantemente se adequando às exigências de mudanças biopsicossociais que atuam sobre o(s) membro(s) desta família. Porém, quando a família possui uma estrutura familiar concretizada, com padrões transacionais preservados até a

rigidez, impossibilitando qualquer alternativa de mudança, dizemos que estamos diante de uma família disfuncional. (MINUCHIN, 1982).

Segundo Minuchin (1982), as famílias disfuncionais costumam ir à procura de terapia com queixas direcionadas a um determinado membro da família considerado o que tem (ou apresenta) algum “problema”. Este na verdade é o paciente identificado (P.I.) que apresentará os sintomas que representam a disfunção que se faz presente no meio familiar. Os sintomas poderão surgir no membro individual da família por razões circunstanciais e foram apoiados pelo sistema familiar, pois estará a serviço deste meio e, portanto, será reforçado pelo sistema.

## **DISCUSSÃO DO CASO**

Baseada no acompanhamento dos atendimentos realizados e nas discussões posteriores com a supervisora do local de estágio, a conclusão que se chegou é que o número de atendimentos foram muito reduzidos para que fosse possível fechar-se um diagnóstico em relação ao funcionamento da paciente e/ou à situação familiar. No entanto, o entendimento que obtivemos é que a paciente possuía um funcionamento mais ativo, imperioso antes de adoecer e quando ocorreu o episódio de câncer, a família passou a enfrentá-la dando assim, origem aos conflitos familiares e às dores físicas (abdominais) da paciente.

Pode-se perceber ainda que após o período de adoecimento, a paciente não retomou suas atividades conforme fora outrora, atividades como: caminhada, cuidar de suas plantas, realizar os afazeres domésticos, etc. Limitava-se a passar os dias reclusa em sua cama. Esta situação acaba por exasperar os familiares que saem em busca de alternativa, porém, quando a paciente dá amostras de retomar seu antigo funcionamento, a busca por alternativas de mudanças, cessa. Uma hipótese diagnóstica para esta situação seria a manutenção do paciente identificado (P.I.) para garantir a homeostase familiar, conforme abordado no referencial teórico acima.

Em relação ao comportamento da familiar, T.R.J., a filha da paciente, chama-nos a atenção que aos 47 anos ela, solteira, sem filhos, ainda reside em casa com os pais, o que nos leva a refletir sobre a possibilidade da diferenciação do *self* não ter acontecido. Durante seu acompanhamento nas consultas, percebe-se que a relação com a paciente (mãe) é intensa e conflituosa. Em seu relato, sua relação com o pai parece ser menos permeada por conflitos, sendo que por vezes pareceu-nos que a filha sentia necessidade de defender o pai. Exemplo disso é quando afirma que a mãe gosta de se isolar na casa que possuem no interior do município, mas “*nem o pai gosta*”. Sobre isso, Minuchin (1982) nos diz que

*no emaranhamento, os membros da família estão superenvolvidos uns com os outros e são superresponsivos. As fronteiras interpessoais são difusas, com os membros da família se intrometendo nas ideias, sentimentos e comunicações uns dos outros. As fronteiras dos subsistemas também são difusas, o que resulta numa confusão de papéis. A autonomia individual é severamente restrita pelo sistema familiar. (p. 219).*

Por fim, outra hipótese a considerar-se é o fato da paciente encontrar-se na fase última do ciclo vital e, portanto, necessitar de maiores cuidados. E talvez a paciente, E.C.J., esteja enfrentando dificuldades conforme descrito no item sobre a inversão de papéis frente à velhice e o adoecimento

## **CONCLUSÃO**

Ainda que a intenção na avaliação do caso e/ou da paciente não fosse o fechamento de um diagnóstico permanente, faltou-nos elementos para um melhor entendimento do caso. O que ficou muito evidente como uma questão a ser trabalhada foi a resistência da paciente e da família ao tratamento psicoterápico que teria por finalidade uma nova forma de enfrentamento das adversidades.

## **REFERÊNCIAS**

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, v.13, n. 1, São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COIMBRA, Maria de Nazaré Castro Trigo; MARTINS, Alcina Manuela de Oliveira. O estudo de caso como Abordagem metodológica no ensino superior. *Nuances*. São Paulo, v. 24(3), 31-46, 2013. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2696/2360>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

MARTINS, Elizabeth Medeiros de Almeida; RABINOVICH, Elaine Pedreira; SILVA, Célia Nunes. Família e o processo de diferenciação na perspectiva de Murray Bowen: um estudo de caso. *Psicologia USP*. São Paulo, 19(2), 181-197, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/download/41959/45627>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

MINUCHIN, Salvador. *Famílias: funcionamento & tratamento*. Trad. De Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

SIMONETTI, Alfredo. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

VEIT, Maria Teresa; CARVALHO, Vicente Augusto de. Psico-oncologia: definições e área de atuação. In: CARVALHO, Vicente Augusto de; *et al.* [Org.]. *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.