

O Paciente Hospitalizado e Sua Família em Terapia Familiar

Mathilde Neder¹

Resumo

O presente artigo focaliza a Família do paciente, atendida no Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, órgão subvencionado pela ONU, em seus atendimentos na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo - USP, de fins da década de 50 a fins de 60, estendendo-se esse atendimento a fins da década de 90, passando pelas atividades na Divisão de Reabilitação Profissional de Vergueiro – DRPV, de 1974 a 1982 e no Instituto Central do mesmo Hospital, na Divisão de Psicologia, de 1982 a fins da década de 90. Foram atendidos clientes em processo de reabilitação e também enfermos da Clínica Ortopédica e Traumatológica, estes por demanda especial. Pretendemos aqui focalizar o processo construtivista nos atendimentos, a vida relacional circularizada ali existente, a afetividade comunicada, a colaboração, a camaradagem. Tentamos apresentar com simplicidade as relações familiares no procedimento em Terapia Familiar e em outras intervenções familiares.

Palavras-chave: vida relacional; terapia familiar; reabilitação; psicologia hospitalar; terapia breve.

The Hospitalized Patient and Family in Family Therapy

Abstract

This article focuses on the patient's family, attended at the National Institute for Rehabilitation – (INAR), agency subsidized by the UN in their attendances at the Clinic of Orthopedics and Traumatology, Hospital of the University of São Paulo, USP, from the late 50's to the end of the 60's, extending this service to the late 90th, through the activities of the Division of Vocational Rehabilitation Vergueiro – DRPV, from 1974 to 1982 and the Central Institute of the same hospital, Division of Psychology, from 1982 to the late 90's. Clients were assisted in the rehabilitation process and also by special demand at Clinical Orthopedics and Traumatology. We intend here to focus on the constructivist process in emergency, relational life circularized at that place, communicated affection, cooperation and friendship. We'll try to present family relationships, the procedure in family therapy and other family interventions.

Keywords: relational life; family therapy; rehabilitation; health psychology; brief therapy.

¹ Coordenadora, professora e supervisora do Curso "Psicologia e Saúde - Psicologia Hospitalar" (PUC- SP). Professora e supervisora do curso de Especialização em "Terapia Familiar e de Casal" (PUC-SP). Professora Titular do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, coordenando o Núcleo de "Psicossomática e Psicologia Hospitalar" desse Programa. E-mail: psiclini@pucsp.br

Iniciamos nosso trabalho psicológico em Hospital na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, como já declaramos em publicações anteriores. Aconteceu quando demos atendimento a crianças submetidas à cirurgia de coluna e que, engessadas, caíam ou atiravam-se das camas, com prejuízo próprio e do trabalho dos cirurgiões. O trabalho psicológico de então se deu junto às crianças, mães das crianças, enfermeiros e médicos. Esse trabalho teve continuidade em 1957, junto ao Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), subvencionado pela ONU, órgão que garantia a assistência técnica de especialistas europeus, ingleses, americanos e canadenses, junto aos quais trabalhavam profissionais brasileiros que, na grande maioria, tinha se especializado fora do Brasil, para esse fim específico. Não foi o meu caso, já que minhas especializações se deram todas no Brasil, exceção para um curso de férias, de um mês, na “Universidade do Chile”. Trabalhando em reabilitação, com portadores de deficiência física e atendendo a pacientes da Clínica Ortopédica e Traumatológica por alguns anos, até 1974, voltamos ao trabalho em reabilitação, até 1982, com equipe brasileira. Por esse tempo, passamos a organizar o Serviço de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas, até fins da década de 90, ao aposentar-me, tendo tido antes a oportunidade de coordenar as atividades dos diferentes serviços de Psicologia das diferentes Clínicas Médicas do HC. Foi um trabalho compensador. A multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade aconteciam com sucesso e a transdisciplinaridade foi se insinuando, acontecendo e se desenvolvendo no trabalho relacional hospitalar.

A compreensão do outro, as relações com o outro, a confiança, o progresso no autoconhecimento, no conhecimento do outro, eram pontos capitais. No caso do paciente portador de deficiência física, por exemplo, era emocionante experimentar o manejo de uma cadeira de rodas; como o era, também, experimentar ou tentar a percepção do espaço nos testes com venda nos olhos; a emoção, a luta no experimentar e sentir as dificuldades do caminhar com venda nos olhos, indo para o centro da cidade, tentando compreender um pouco das dificuldades que a pessoa tem ao caminhar sozinha, aprendendo a andar com a bengala longa. Em outras vezes, era interessante trabalhar junto, na Terapia Ocupacional, experienciando o que o cliente de reabilitação ou o paciente hospitalar estava vivenciando. Mais emocionante ainda era perceber quando a criança com paralisia cerebral produzia avanços, de modo a confirmar nossas hipóteses do que ela poderia fazer se tentasse e tentasse novamente, descobrindo suas reais limitações, vencendo obstáculos, mostrando-nos que dificuldades específicas poderiam limitar a sua produção e que muitas de suas limitações se evidenciavam em função do tempo exigido para as realizações. As crianças descobriam que poderiam produzir mais e melhor e, se lhe dessem mais tempo e lhe transmitissem confiança, poderiam chegar à sua real capacitação.

A força estava nas relações pessoais, entre pacientes, entre os pacientes e profissionais, entre os profissionais e familiares, entre os familiares, nas relações com seus membros enfermos ou em reabilitação. Era curioso ver que o crescimento surgia nessas relações. Era excelente a resposta da criança com cegueira, com amputação de braço ou de perna, em função do treino e da confiança. Um garotinho, por deficiência física congênita (efeitos da “talidomida”), tinha os dois bracinhos bem

pequeninos “cotos”, como eram chamados, e conseguia, mesmo assim, subir em árvore. Previa-se que, sendo esperto como era, poderia voltar a subir em árvores com as próteses. A evolução era produto de um trabalho conjunto do cliente, familiares e profissionais, basicamente.

Realmente a família e seu membro doente ou em reabilitação produziam colaborativamente. Também em função de outras relações, o trabalho com o cliente sempre nos levou à família, pela sua presença, sua ação relacional ou pela sua ausência. Verdadeiramente, na vida relacional hospitalar destacam-se as relações em função da Família. Relacionar-se com o paciente hospitalizado é relacionar-se com a família dele.

Esse cuidado de relação com a família o têm diferentes profissionais da saúde, no desempenho de suas funções. Frequentemente, em seu trabalho, vemos os médicos comunicando diagnósticos, dando apoio, esclarecimentos, atendendo a consultas, dando orientação. A enfermeira, de há muito, desenvolve essa função de atenção à pessoa do paciente, conseguindo a aproximação, colaboração ou controle da sua família. E a assistente social, no hospital, traz a família para bem perto da equipe de trabalho, busca por ela ou dela se aproxima, consegue dados familiares, dinamiza, orienta, cuida dela, enfim, segundo seu preparo e capacitação. Como esses, cada um a seu modo, muitos são os funcionários hospitalares que contatam a família do paciente ou dela cuidam, cada um à sua maneira, desde os faxineiros, porteiros, ascensoristas, escriturários, técnicos instrumentalistas, técnicos laboratoriais, até os profissionais clínicos, nas suas diferentes especialidades.

O psicólogo da instituição hospitalar, procedendo à assistência psicológica ao paciente hospitalizado, tem sempre em mente que seu trabalho envolverá, necessariamente, alguma forma de atenção à família de seu paciente, seja para ter sua colaboração, para dar-lhe orientação ou para proporcionar alguma forma de terapia, inclusive a psicoterapia, seja no hospital ou no domicílio. E a psicoterapia deverá ser breve porque, em geral, é curto o tempo previsto para a permanência do paciente no hospital.

A terapia familiar constitui, para os pacientes e famílias atendidas, uma assistência que contribui significativamente para enfrentamentos em sua situação de vida, em que mudanças contextuais se operam e possibilitam descobertas, reconhecimentos ou revalorizações de qualidades pessoais, para a ação reconstrutiva de vida. A terapia familiar é praticada por profissionais terapeutas com orientações diferentes e conforme sua capacitação. É que esse trabalho reconstrutivo junto à família pode ser operacionalizado em diferentes abordagens, com diferentes recursos técnicos, conforme a formação e capacidade dos diferentes terapeutas e em função da problemática e necessidades da família.

No hospital, inclusive em Centro de Reabilitação, as famílias são participantes da vida relacional de seus membros e são participantes da assistência reconstrutiva, pelo processo terapêutico. A psicoterapia está sendo, assim, focalizada como uma experiência construtivista/construcionista-social, quer se trate de Psicoterapia Breve ou prolongada, no hospital ou no domicílio. Essa assistência terapêutica familiar, sendo construtivista/construcionista, irá condicionar a criação de um contexto facilitador da reconstrução de significados pessoais, no marco de suas relações humanas, particularmente as familiares.

Os indivíduos são valorizados por suas condições pessoais: influenciam e são influenciados. Em sua vida de relação são focalizadas suas qualidades pessoais, biopsicossociais, inclusive culturais, em que o ambiente, situando-se aí a família e a escola, entre tantos que se relacionam com o indivíduo num contínuo dar e receber, influenciar, criar, produzir. Fundamentos de importância para essas condições viemos a encontrar posteriormente nas considerações e enfoques de Maturana (1997, original 1990), com fundamentos também em Morin (1995), Gergen (1994) e adequadas ponderações e posicionamentos de Grandesso (2000).

Atuando junto aos pacientes e seus familiares, com frequência nos víamos com problemas, em situações que pediam soluções dentro de limitadas possibilidades. Sucede por exemplo que, ao proporcionar a terapia familiar no hospital, deparamo-nos com uma condição comum em hospitais onde a população assistida, de um modo geral, é de nível sócio-econômico médio e/ou abaixo da média. Assim sendo, em geral necessitam os familiares alternarem-se na frequência ao hospital, enquanto acompanhantes, visitantes ou mesmo parceiros em terapia. Assim sendo, raramente se conseguia dar atendimento a todo o grupo familiar, em grupo.

Ao tempo em que iniciava minha experiência hospitalar, no início da década de cinquenta, na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas - USP e também no Instituto de Reabilitação, no mesmo Hospital, eu era a única psicóloga a prestar esse tipo de assistência ao cliente em reabilitação ou hospitalizado. Assim que, face à dificuldade de presença de todos, quase todos ou nem ao menos dois dos membros da família do paciente, associadamente ao meu interesse em assistir a diferentes famílias, e sendo eu a única terapeuta, como já disse, comecei a atender, em grupo, membros de diferentes famílias. Eu ainda não tinha conhecimento do trabalho que se desenvolvia no Texas, USA, na Universidade de Trinidad, com o que se denominou Terapia com "Multifamílias".

Experiências interessantes se deram, em grupo, ainda que com membros de diferentes famílias, da mesma família, com todos, alguns ou apenas um acompanhante da mesma família. Por essa forma de atendimento, vários clientes puderam ser atendidos em grupos, com vários ou poucos membros da mesma família ou com membros de diferentes famílias.

Vamos rever alguns casos, aspectos, momentos, lances ou situações específicas, em que algo especial ficou demonstrado ou ilustrações se fizeram sobre a importância ou força da família.

Um atendimento terapêutico de mãe e filha, esta uma garotinha de quase quatro anos, deu-se enquanto a menina gritava desesperadamente, dizendo: - "Quero minha mãe!", repetidamente. A mãe já estava com ela, mas os gritos continuavam lancinantes. Falando para ela, dizia eu que a mãe já estava ali, enquanto a jovem senhora, de cabeça inclinada, observava a filha que brincava, gritando sempre: - "Quero minha mãe", em tom decrescente, mais suave e depois melodioso. Ela cantava chorando. E a mãe explicava: - "Eu estava internada". (em clínica Psiquiátrica do mesmo hospital), - "Sai para vir aqui..." Conversávamos e o "choro" decrescia, num balbucio; a menina levava brinquedos até a mãe, enquanto conversávamos as três, a garota conversando através do brinquedo e do choro cantarolado. Chegamos a um entendimento, as três.

Numa outra situação da vida da vida familiar, o processo educativo as marcas, as resistências se fizeram notar na forma reativa de uma garota, que pareceu dizer-nos:

“Eu posso, se eu quiser”. O envolvimento familiar pode, realmente, ajudar ou atrapalhar no processo evolutivo da pessoa. No Hospital das Clínicas, no Instituto de Reabilitação, no fim da década de 50, em reunião de discussão sobre a evolução dos clientes, foi apresentado o caso de uma jovem portadora de cegueira, desde o nascimento, que se negava a fazer o programa de *Atividades da Vida Diária – A.V.D.*, o que significaria não completar o Programa de Reabilitação o que, por sua vez, implicaria na interrupção do seu programa de reabilitação geral. Com essa medida administrativa de interrupção do programa, a cliente deixaria de fazer “a locomoção independente, com bengala” no que a cliente estava altamente interessada. Como a jovem não tinha feito a avaliação psicológica (eu era a única Psicóloga no Hospital, nesse tempo), decidiu-se nessa reunião que ela seria encaminhada ao Serviço de Psicologia, antes de ser dispensada. Recebida por mim, tivemos uma sessão de uma hora e trinta minutos. Só tínhamos uma entrevista. A garota se negava realmente a fazer o Programa de A.V.D. Agredia o profissional, - a técnica em A.V.D, dizendo que ela lhe lembrava a tia, que era igual à tia, quem sempre dela cuidou, ou descuidou, segundo ela, e que a obrigava a fazer coisas que não queria, e que “só podia beber água se fosse buscá-la no pote”... Em nossa conversa, ela foi levada a se ver dependente da tia, sem elaborar conflitos, mas enfrentando-os, tomando decisões, sem regressões, ajudando-a a enfrentar sua realidade. Só tínhamos uma entrevista, só aquela única hora que seria ou não seguida de uma dispensa. Fui dura com ela. Disse-lhe que dependeria dela continuar dependente da tia, recusando-se a aprender a ser independente. Despedimo-nos, sem que ela tomasse uma decisão. Soube, mais tarde, que seu programa no Instituto de Reabilitação não fora interrompido. Ela reagiu, aprendeu a ser independente nas A.V.D. e passou a tomar lições para “o andar independente, com bengala”.

“Algo de menos ou muito demais, a família sempre faz”. Será? A expressão me ocorreu agora, nem sei se ela já existia. A vivência familiar, as interinfluências, a circularidade, induzem comportamentos. “Augusto” parece dizer algo a respeito.

“O elegante Augusto¹” - Augusto era cliente, no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas (1974), ao tempo em que eu participava da equipe de trabalho da Divisão de Reabilitação de Vergueiro (D.R.P.V.), que sucedeu à do INAR – Instituto Nacional de Reabilitação. Embora diretora do Serviço de Psicologia da Divisão, tinha eu a responsabilidade terapêutica, em psicoterapia individual, grupal, em terapia familiar e de casal. Inicialmente, prevendo a possibilidade de uma terapia prolongada, encaminhamos Augusto para terapia na comunidade. Mas ele se esquivava e passamos a atendê-lo terapeuticamente em nosso Centro de Reabilitação, a D.R.P.V., embora devesse ser breve o atendimento, com objetivo determinado e tempo limitado. Augusto era um rapaz bem apessoado, bem vestido e cuidado, vivendo com a mãe, desde que ela, após algum tempo no Brasil, fora buscar o filho em Portugal, onde o deixara sob os cuidados da avó. Aos 15 anos ele já estava no Brasil, junto da mãe. Augusto tinha cegueira por nascimento e estava na Divisão para reabilitação. Iria aprender as *Atividades*

¹ Augusto é pseudônimo.

da *Vida Diária – A.V.D.*, *locomoção independente* e conseguir ser *independente pelo trabalho*, enfrentando a sua realidade de vida. Mas Augusto não parecia disposto a dispensar os préstimos da mãe. Segundo as revelações que fez nas sessões terapêuticas com a mãe e, depois, no grupo terapêutico de que fazia parte com os jovens, Augusto tinha ao seu serviço a mãe que lhe preparava diariamente as roupas a serem usadas, deixando-lhe tudo às mãos, o que dispensava qualquer esforço seu para a autoindependência, desde o despertar até a noite, ao dormir. Era bem servido. E muito elegante, de boa conversa social. Muito inteligente e esperto, mas dependente. Foi muito bem trabalhado pelos companheiros de grupo terapêutico, embora por várias vezes tivesse tentado levá-los à consideração de sua infância infeliz, quando sem a mãe, em Portugal. E os colegas o levaram a considerar sua dependência nas atividades da vida diária (A.V.D.) praticamente em tudo. Conseguia aprender, mas não praticava a “independência”. Depois de algum tempo, Augusto deixa de frequentar o Centro (Divisão) de Reabilitação, a mãe também, sem notícias. Depois de algum tempo, sem notícias de ambos, em visita domiciliar, conseguimos apurar: a mãe de Augusto estava muito enferma, acamada, dependente em muitos aspectos. Augusto foi quem atendeu aos visitantes, desde o abrir da porta. Cuidava da mãe, desde o controle medicamentoso, até a alimentação, que ele mesmo preparava. Não tinham empregada. Augusto aplicou o que aprendeu nas A.V.D. e sobre si mesmo pela terapia. Augusto continuou seu Programa em Reabilitação até a colocação profissional. A mãe de Augusto foi compreendida e bem cuidada – física, psíquica e socialmente. Também foi possível cuidar de Augusto, sem elaboração de conflitos e evitando a regressão, por várias vezes induzida por ele, mas ajudando-o no enfrentamento de sua realidade, dentro do tempo disponível, na Instituição.

Vale a pena manter o cliente bem informado sobre sua realidade, em sua condição hospitalar.

“A ignorância machuca, mas a coragem compensa” – Sabemos quão importante é a participação da família no processo reconstutivo, junto ao cliente em reabilitação. Muitas vezes, como parte desse processo, certas dúvidas ou ignorância, quando superadas, ajudam e aceleram positivamente a evolução do tratamento. Interessante foi verificar o temor que tinha uma senhora, esposa de um cliente com paraplegia, europeu, camponês, recém admitido no Instituto de Reabilitação, fins da década de 50. Tímida, receosa, mal falando o português, com dificuldade pergunta se o que o marido tinha “pegava”, porque ela não queria por em risco a si ou aos filhos. Ela já estava substituindo o marido no trabalho, passando a guiar o caminhão, na roça. Tranquilizada, concordou em iniciar a terapia de casal, participando mais ativamente do processo de reabilitação do marido.

“Não estou louca” - Ainda sobre a importância do esclarecimento e participação ativa do cliente em seu programa de reabilitação, trago à lembrança um acontecimento em “terapia de grupo de várias famílias”, referentemente a um esclarecimento ocorrido no grupo, pelo próprio grupo, com relação à dor que se poderia sentir na perna já amputada. “Sente-se a dor, embora já não se tenha a perna”, falou-se no grupo; uma questão cerebral entenderam eles. Falou-se da “imagem corporal”, que persiste após a amputação. Em meio à conversação, uma das componentes do grupo dá um salto e, dando voltas, com as mãos para o alto, gritava repetidamente, eufórica: “Eu não estou louca”. Era ela uma jovem senhora,

com amputação de uma perna, em processo para obtenção de uma perna mecânica; mais tranquila, senta-se e explica alegre: - “Eu pensava estar louca”. E conta o que sentia e pensava, quando sentia a dor. Ficou então alegre com o esclarecimento. Ficou mais tranqüila, com a notícia esclarecedora.

Há muito sentimento de amor, dor, culpa, mas também muita coragem, na convivência familiar.

“A dor da culpa” – Numa Clínica de Queimados, no Hospital das Clínicas, Instituto Central, década de 80, entre as atividades dos psicólogos estava o trabalho terapêutico com um grupo de mães de crianças queimadas. A surpresa foi o comparecimento de um pai, para participar desse grupo de mães. Com minha supervisão, após a consideração do grupo das mães, aceitamos o pai. Depois de algum tempo, pouco tempo, a mãe comparece ao Hospital e passa a participar do grupo e visitar a filha. O que o pai trouxe para as mães em assistência e que foi por eles trabalhado, foi o drama da esposa quem, considerando-se culpada pelo acidente que vitimou a filha, não tinha coragem para vê-la queimada. O que o pai levou para a esposa, mãe de sua filha, entre outras percepções suas, foi que outras mães do grupo também se sentiam assim como ela, mas estavam lá no Hospital para ajudar seus filhos, a si mesmas, à família. E que elas, as mães, a chamavam para participar do grupo.

“Mãe faz falta” - Tivemos um caso, no Hospital das Clínicas, ainda bem no início da década de 60, em que o paciente era um rapaz jovem e independente. Esse rapaz precisava submeter-se a uma cirurgia de alto risco, mas necessária e viável. Ele se negava e não queria a operação. Era um rapaz sozinho, sem família em São Paulo. Sua família era de um dos Estados do Norte do Brasil. Desligou-se da família havia muito tempo, muitos anos, sem notícias de ambos os lados. O que se apurou é que, afetivamente, existiam boas recordações, sem maiores comentários da parte dele. O Serviço Social de então fez contato com o Prefeito de uma cidadezinha do interior desse Estado Nortista. Esse Prefeito fez uma pesquisa, localizou a família e providenciou a vinda da mãe para São Paulo. Ela veio, o rapaz fez a cirurgia, com um final feliz. O reencontro era desejado e foi realizado. Ficou evidente a falta da mãe, sentida pelo filho, e a força que sua presença teve em sua decisão pró-vida.

“Terapia Familiar no domicílio” - A terapia familiar, que então desenvolvíamos no Hospital das Clínicas (década de 70), estendia-se também ao domicílio dos pacientes, especialmente nos casos de pacientes terminais (década de 80), durante o processo da doença e/ou depois da morte do paciente. Nos casos atendidos em terapia familiar no domicílio, encontramos um crescente enfrentamento da situação difícil porque passavam, com crescente diminuição e controle da dor, além da contribuição para a qualidade de vida dos familiares. Essa atenção domiciliar tornou-se útil à família e à instituição hospitalar. As famílias conectadas mostraram-se participantes, valorizadas, satisfeitas e reconhecidas pelo que puderam aproveitar durante o processo terapêutico.

Consideração final

E o processo de construção continua... Aposentada, já não estou no Hospital das Clínicas. Mas encontro-me no Magistério, lecionando e supervisionando em Psicologia e Saúde – Psicologia Hospitalar e em Terapia Familiar. Continuo no campo, junto aos alunos.

Referências

- Ferreira, R. F. & Abreu, C. N. (1998). *Psicoterapia e construtivismo – Considerações teóricas e práticas*. Porto Alegre: ARTMED Editora Artes Médicas Sul.
- Gergen, K. J & McNamee, S. (1997). *A terapia como construção social*. Porto Alegre: ARTMED Editora Artes Médicas Sul.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships – soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grandesso, M. A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maturana. H. R. (1977). *A biologia do conhecer suas origens e implicações*.
- Graciano, M. & Vaz, N. (Org.) (2000). A oncologia da realidade (pp. 31-52). Belo Horizonte: UFMG.
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Neder, M. (1958). O reabilitado na indústria. Empregar o reabilitado é um bom investimento. In I. W. Vitá (org.) *Problemas psicológicos da industrialização* (pp. 63-83). São Paulo: FIESP.
- Neder, M. (1959). O Psicólogo a serviço da reabilitação. *Revista Paulista de Hospitais*, 3, 73-80. Ed. Associação Paulista de Hospitais.
- Neder, M. (1962). Aspectos psicológicos da reabilitação nas paraplegias. *Revista Brasileira de Reabilitação*, 3, 39-49.
- Neder, M. (1967). Basic services and equipment for rehabilitation centres – part V. Psychological services in the rehabilitation of the disabled. *Daily work in the psychology unit at a rehabilitation centre. Problems presented and possible solutions – United Nations* (org.) (pp. 09–35). New York: United Nations.
- Neder, M. (1967). Fundamentos psicopedagógicos para a atividade escolar da criança portadora de paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Paralisia Cerebral*, 5, 23-25.
- Neder, M. (1967). Importância do esquema corporal na reabilitação do portador de paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Paralisia Cerebral*, 5(3).
- Neder, M. (1973). Implicações psicológicas em casos de amputação de mão. *Anais do XIV Congresso Interamericano de Psicologia da Sociedade Interamericana de Psicologia – SIP* (p. 719–723). FAPESP.
- Neder, M. (1973). Diversificação na assistência psicológica em reabilitação. *Anais do XIV Congresso Interamericano de Psicologia da Sociedade Interamericana de Psicologia – SIP* (p. 496–498.) FAPESP.

- Neder, M. (1982). O Psicólogo do trabalho e seu papel na orientação para o trabalho e aconselhamento profissional de pessoas com deficiência. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*. 34, 205–213.
- Neder, M. 1997 - Construtivismo no trabalho psicológico hospitalar, RPH. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 7(2), editorial.
- Neder, M. (2000). Adentrando um Hospital. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*.
- Neder, M. (2001). Terapia familiar no domicílio [Resumo]. In *Resumos de comunicações científicas, I Jornada Paulista de Terapia Familiar – Terapia e Justiça Social: Respostas Éticas a Questões de Dor em Terapia*, APTF (p. 127). São Paulo, SP.
- Neder, M. (2010). Ontem, hoje e amanhã na vida de familiares, nas suas relações com os jovens. In *Resumos de comunicações científicas, IX Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, APTF* (p. 40). Búzios, RJ.

Enviado em 09/05/2011

Aceito em 02/07/2011