

**INSTITUTO DE TREINAMENTO E PESQUISA EM GESTALT-TERAPIA DE
GOIÂNIA – ITGT
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* COM VISTAS A ESPECIALIZAÇÃO
NA ABORDAGEM GESTÁLTICA
CHANCELA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC-GO**

**A VIVÊNCIA DA DOR NAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS: O OLHAR DA
ABORDAGEM GESTÁLTICA**

**Eliana Saba
Elizabeth Esperidião**

Goiânia – GO
Novembro /2010

A VIVÊNCIA DA DOR NAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS: O OLHAR DA ABORDAGEM GESTÁLTICA¹

THE EXPERIENCE OF PAIN IN ONCOLOGICAL DISEASES: THE LOOK OF THE GESTALT THEORY

LA EXPERIENCIA DEL DOLOR EN ONCOLOGÍA ENFERMEDADES: LA MIRADA DE LA TEORIA DE LA GESTALT

Eliana Saba²

Elizabeth Esperidião³

RESUMO

Observa-se que as pessoas com doenças oncológicas e seus respectivos cuidadores-familiares queixam-se não apenas da dor física, mas mostram-se desgostosos pelas várias perdas relacionadas às conseqüências da doença. Este estudo teve como objetivo principal analisar, à luz da abordagem gestáltica, o significado da vivência da dor para a pessoa com doença oncológica e para o cuidador-familiar. O estudo foi desenvolvido em uma clínica especializada em oncologia, da rede particular, do município de Goiânia-Goiás, cujo foco de atendimento é a pessoa com doença oncológica. O procedimento de análise compreensiva dos dados realizou-se por meio do método fenomenológico de Giorgi (1985). Os relatos submetidos à análise de conteúdo apontaram três categorias: *Vivenciando a dor*, *Enfrentando a dor e Relação cuidador e a pessoa com doença oncológica*. Os resultados da pesquisa oferecem elementos importantes a serem repensados pelos profissionais de saúde visando um atendimento holístico e humanizado para a pessoa com dor oncológica.

Palavras chaves: dor, teoria gestáltica, psicologia, oncologia.

ABSTRACT

It is observed that people with oncological diseases and their family caregivers complain about not only physical pain, but they show themselves disgusted by the various losses related to the consequences of illness. This study aimed primarily to examine, in light of the Gestalt Theory, the meaning of experiencing pain to the person with cancer and the family caregiver. The study was conducted in a clinic of the private network service in the city of Goiânia, Goiás, specialized in oncology focusing the care of people with cancer. The procedure for the comprehensive analysis of the data was held by the phenomenological method of Giorgi (1985). The reports submitted to content analysis indicated three categories: *Experiencing the pain*, *Coping with pain and Caregiver and the person with cancer relationship*. The survey results offer important elements to be reconsidered by health professionals seeking a holistic and humane care for the person with cancer pain.

Key-words: pain, gestalt theory, psychology, medical oncology

RESUMEN

¹ Artigo de conclusão de pós-graduação *Lato Sensu* com vistas a Especialização da Abordagem Gestáltica apresentada ao Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia (ITGT), 2010.

² Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde e pós-graduanda em Gestalt-terapia pelo ITGT. Representante do Núcleo Goiânia da ABRALE/ABRASTA. E-mail: elianasaba@hotmail.com

³ Enfermeira e Psicóloga. Gestalt-terapeuta e Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: betesper@fen.ufg.br

Observase que las personas con enfermedades oncológicas y sus respectivos cuidadores-familiares quejarse no solamente de dolor física, si no que muestran tristeza por las perdidas relacionadas a las consecuencias de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo principal analizar a la luz de la orientación gestáltica, el significado de la vivencia del paciente con enfermedad oncológica y sus cuidadores-familiares. El estudio fue realizado en una clínica especializada en oncología, de una red particular en el municipio de Goiânia-GO, donde el punto principal es el a la persona con enfermedad oncológica. El procedimiento de analices comprensiva de los datos tubo su realización por medio de métodos fenomenológicos de Giorgi (1985). Los relatos sometidos a análisis del contenido apuntan tres clases: *Viviendo el dolor, Enfrentando el dolor e la Relación cuidador y la persona con enfermedad oncológica*.

Los resultados de la pesquisa ofrecen elementos importantes que necesitan ser repensados por los profesionales de la salud, visando un atendimento holístico y humanizado para las personas con dolor oncológica.

Palabras-clave: dolor, teoría gestáltica, psicología, oncología.

Introdução

Atualmente o conceito de dor é amplo, sendo que sua compreensão deve, necessariamente, ultrapassar os aspectos ligados ao desconforto apenas da dimensão física. A partir da década de 1960, vários estudos passaram a apoiar-se no conceito de dor total, elaborado por Dame Cicely Saunders contemplando esse fenômeno em suas múltiplas dimensões: física, emocional, social, financeira, interpessoal e familiar (Carvalho, 1994; Pereira & Sousa, 1998; INCA, 2001 e Pessini, 2004). Tal perspectiva contribuiu para mostrar a importância em considerar todas as dimensões do sofrimento humano, no sentido de direcionar as intervenções terapêuticas de forma adequada.

A despeito de a dor ser considerada uma das especialidades no contexto da saúde, no Brasil, o conhecimento do tema ainda carece de muitos investimentos, assim como o seu controle. Essa situação é preocupante considerando que cerca de 70 a 80% da procura por atendimento no Sistema Único de Saúde tem como causa a dor. Com o crescimento do número de pessoas com câncer as dores oncológicas representam 5% das dores crônicas (Miceli, 2002 e Pessini, 2004).

O manual sobre o controle da dor do Instituto Nacional de Câncer (INCA) ressalta que a dor é sempre subjetiva e pessoal. *A International Association for the Study of Pain* corrobora esse conceito considerando que dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal dano (INCA, 2001).

A experiência adquirida, enquanto representante da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), tem permitido observar que pessoas com doenças oncológicas queixam-se não apenas da dor física, mas mostram-se desgostosos pelas várias perdas relacionadas às conseqüências da doença e internação prolongada. Comportamentos que denotam tristeza, mau-humor, angústia e depressão são visíveis em muitas delas, apesar de, por vezes apresentarem-se otimistas diante da situação que estão vivenciando. Essas

sensações e sentimentos, geralmente, são também compartilhados pelos familiares que acompanham o processo de adoecimento e o tratamento a que são submetidos.

Gimenes (2000) sinaliza os vários mecanismos de enfrentamento da dor, tanto pelos próprios pacientes como pelos seus familiares: os quais podem variar de acordo com cada pessoa, muitas vezes em função da sua própria história de vida, do suporte emocional ou apoio familiar. Destaca a busca pelo conjunto de informações relevantes a resoluções de problemas e/ou regulação das emoções, atitudes e comportamentos voltados ao seu controle, contenção de ações e atitudes consideradas perigosas pela pessoa, esforços intrapsíquicos e busca pelo apoio social para lidar com o problema.

Nessa perspectiva, para estudar a dor e suas implicações na vida da pessoa é importante resgatar a totalidade do ser humano, que inclui suas dimensões existenciais (psíquica, racional, física, social e espiritual) de maneira ampla e articulada entre si compreendendo seu sentido e significado no contexto em que ocorre.

Visando adentrar nessa temática, este estudo teve como objetivo geral compreender a luz da Abordagem Gestáltica a vivência da dor para pessoas com doenças oncológicas e seus cuidadores-familiares. Seus objetivos específicos foram: 1- identificar junto à pessoa com doença oncológica e o seu cuidador o significado de experienciar a dor ao longo do processo terapêutico; 2- os mecanismos de enfrentamento da pessoa com doença oncológica e o seu cuidador diante da vivência da dor e; 3- conhecer junto ao cuidador-familiar a experiência em lidar com a dor da pessoa com doença oncológica.

Compreendendo a dor na perspectiva da Abordagem Gestáltica

No tratamento de pessoas com dor crônica é necessário considerar vários fatores que interagem no processo, ressaltando-se a importância de analisar e compreender esse fenômeno como decorrente deles, visto que o objetivo do tratamento é a reabilitação global do indivíduo com a intenção de corrigir e não apenas um dos aspectos isolados de sua expressão sintomática. Nesse sentido, a avaliação da dor, pelo profissional, é o ponto fundamental para o planejamento do tratamento e do cuidado (Silva & Zago, 2001).

Há muito que ser feito na área de controle, administração e alívio da dor, partindo-se do entendimento de que o sofrimento de pessoas com doenças oncológicas requer medidas resolutivas de intervenção com articulação de vários saberes do conhecimento. Experienciar este fenômeno afeta o conceito de si próprio e também o senso global de sentir-se conectado com os outros e com o mundo (Pessini, 2004).

A dor afeta o campo da pessoa com doença oncológica, comprometendo todas as suas dimensões existenciais, situação que a estimula na busca de mecanismos para alcançar o seu equilíbrio existencial (Pinto, 2009). Neste sentido, o pentagrama de Ginger, a teoria de campo na perspectiva do Lewin e Parlett e a teoria da relação dialógica descrita por Buber, Hcyner e Jacobs contribuem na compreensão da inter-relação das dimensões existenciais do ser humano que fazem parte do seu campo e a forma como este lida com o fenômeno dor.

Representação da dor total: contribuição do Pentagrama de Ginger

O pentagrama de Ginger e Ginger (1995) representa a multidimensionalidade do homem caracterizada pela Abordagem Gestáltica. Na Grécia antiga o pentagrama estrelado era consagrado a Hygia a deusa da saúde e do bem-estar. Cada ponta da estrela significa uma das cinco dimensões da existência humana: 1- dimensão física (corpo, sensorialidade, motricidade, sexualidade); 2- dimensão afetiva (“coração”, sentimentos, relação amorosa, o outro); 3- dimensão racional (“cabeça”, idéias, imaginário criador); 4- social (relação com os outros, o meio humano, cultural) e 5- dimensão espiritual (lugar e sentido do homem no meio cósmico e no ecossistema global). No centro da estrela pode-se colocar a letra “G” inicial da palavra *gestalt* simbolizando a inter-relação das dimensões fundamentais, holismo humano.

O comportamento é induzido pelo conjunto dessas cinco dimensões, pelo organismo e suas sensações, seus desejos e relações, suas idéias ou decisões, assim como pelo meio social que o cerca e que o influencia parcialmente, estando em interdependência com todo o universo, do inconsciente coletivo ou de Deus (Ginger & Ginger, 1995). Cada ser humano valoriza mais especialmente algumas dessas dimensões, assim como no contexto de dor algumas dessas dimensões é mais afetada que outras podendo provocar o desequilíbrio do campo do organismo.

A teoria de campo no universo da dor

A Abordagem Gestáltica, por meio de suas principais teorias-filosóficas, pode fortalecer a compreensão dos fenômenos que interagem com o organismo, à medida que estuda as pessoas em seus campos, na inter-relação com o ambiente entendendo que a pessoa deve ser vista como um todo e que seu comportamento só se torna compreensível por meio de sua visão contextualizada de um determinado campo com o qual ele se encontra em relação (Ribeiro, 1985). Assim o campo da pessoa se modifica quando algo o afeta.

Campo pode ser definido como tudo aquilo que afeta o comportamento em um determinado espaço e tempo, não inclui apenas a realidade física. É a representação espacial da realidade psicológica da pessoa (Parlett, 1997; Yontef, 1998; Ribeiro, 1999).

Kurt Lewin, uma das mais importantes figuras da psicologia moderna, desenvolveu a Teoria de Campo, definida como um conjunto de conceitos, pelos quais pode ser possível representar a realidade psicológica, possibilitando, dessa maneira que seja trabalhada (Ribeiro, 1999). Yontef (1998) compreende a Teoria de Campo como “uma totalidade de forças mutuamente influenciáveis que, em conjunto, formam uma fatalidade interativa unificada” (p.185).

Com esse entendimento, é possível afirmar que a abordagem do campo é holística e dinâmica (Parlett, 1997; Yontef, 1998). Existe interação entre todas as suas partes, de forma que o todo determina as partes e que a parte mantém relação direta com o funcionamento do todo. A Teoria de Campo fornece suporte teórico para a integração de uma teoria que abrange o corpo, a mente, as emoções, as interações sociais, culturais e os aspectos espirituais e transpessoais (Parlett, 1991; Yontef, 1998).

As atividades psicológicas da pessoa ocorrem em um campo psicológico chamado de espaço vital que é a totalidade dos fatos que determinam o comportamento do indivíduo num certo momento, incluindo a pessoa e o meio. Esse meio refere-se ao meio fenomenológico, que é o ambiente tal como experimentado pela pessoa. O significado do meio é dado pela percepção que a pessoa tem dele (Evangelista, 2009).

Quando há problemas ou desequilíbrios na organização do campo a solução está presente na própria dinâmica do campo (Yontef, 1998). Lewin desenha o campo como forças de atração e repelência direcionadas à recuperação do estado de equilíbrio. O campo forma a si mesmo de maneira mais ordenada que as condições globais possibilita, com limpidez, definição, direção, economia, estabilidade e força (Evangelista, 2009).

No sentido de melhor compreender o contexto existencial do indivíduo e seu funcionamento, na perspectiva da Teoria de Campo, Parlett (1991) cita cinco princípios que a caracterizam: princípio da organização, princípio da contemporaneidade, princípio da singularidade, princípio do processo em transformação e princípio da relevância possível.

Compreendendo o cuidado na dor: perspectiva dialógica

Segundo Boff (1999), cuidar é mais que um ato, é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Para cuidar é necessário utilizar a

dimensão emocional (sentimento) para que ocorra a simpatia e empatia, a dedicação e a comunhão com os diferentes. Esperidião (2006) acrescenta que somente aquilo que se passa pela emoção, evoca um sentimento profundo e provoca o cuidado, deixando marcas permanentes no ser humano. Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele, para isso é necessário sensibilidade acurada e ficar “atento à”.

Diante da vulnerabilidade do homem acometido por uma doença, a despeito da dor e sofrimento que esse pode estar enfrentando, o significado do cuidado vai além de curar, significa acreditar na possibilidade desse homem *vir-a-ser* um ser humano melhor, considerando suas experiências vividas até o presente. (Esperidião, 2006).

Spangenberg (1996) alerta para que antes de se tentar alguma mudança diante da dor, deve-se prestar atenção, primeiramente, no significado do sintoma, qual a sua relação com o todo e o que o corpo quer comunicar por meio da sua dor, postura, insensibilidade e contratura. Portanto, a fenomenologia do cuidado envolve a escuta compreensiva da intencionalidade do que está querendo se mostrar e assim aponta em uma contextualização a relação de significados e sentidos da relação existente entre o cuidador e a pessoa que é cuidada.

A presença, na perspectiva dialógica, é a base que pode sustentar o cuidado. Presença não significa estar apenas de corpo presente, mas trazer para a interação a plenitude de nós mesmos (Hcyner, 1995; Hcyner & Jacobs, 1997). Nessa perspectiva, o cuidado assume um caráter genuíno em que há disponibilidade, entre dois seres singulares, para se encontrarem e terem uma preocupação mútua a fim de que seja construída a base da relação dialógica (Fukumitsu, 2009). A relação dialógica contempla o agir sintonizado na busca de uma mutualidade de contato e pode permitir que se instaure o processo de cura (Buber, 1974).

A família, muitas vezes, é a presença mais próxima e muito importante para a pessoa que está no processo de vivenciar a dor, pois ela pode proporcionar uma ação benéfica de apoio e amparo familiar ou social diante dessa experiência. A pessoa com dor, geralmente, sente-se amparada e protegida pelos seus familiares, enfrentando de maneira mais positiva a situação de doença vivida e com recursos adequados. Ao mesmo tempo, a relação de cada membro da família com a pessoa com dor poderá surgir velhos sentimentos, antes resguardados pelas defesas psíquicas. Afetos e deveres se misturam a apegos, culpas e ressentimentos, tornando difícil encontrar-se no amor que todos se sentem na obrigação de expressar (Barbosa & Maciera, 2009). De acordo com Buber (1974) o amor é encontrado

apenas na doação em benefício mútuo, na relação EU-TU, em que possibilita-se em *ser-com* o outro e não para o outro, colocar-se no lugar do outro.

O papel de ser cuidador-familiar envolve responsabilidade com o outro e desafio consigo revendo possibilidades e limites próprios sem invadir e ser invadido.

Segundo Fukumitsu (2009), para *ser-cuidador-com* é preciso energia, prontidão, confiança, responsabilidade, disponibilidade, despojamento da onipotência de cura e conhecer os seus limites pessoais. Assumir riscos, mesmo acreditando no potencial de melhora na saúde de quem cuida, precisa compreender e respeitar as escolhas do ser humano que são imprevisíveis e carregadas de significados próprios.

Sob orientação da teoria de campo, do pentagrama de Ginger e Ginger, e discussão sobre cuidado, o esforço terapêutico para pessoas acometidas de doenças oncológicas com dor crônica e seus cuidadores deve ser orientado para um melhor funcionamento possível do cotidiano, levando em consideração todas as dimensões existenciais do ser humano, o significado da dor para si, como se relaciona com a dor e com o mundo e como cada um organiza o seu campo. Ressalta-se, portanto, a importância em compreender o significado de vivenciar a dor para cada pessoa, seja na condição dela própria vivenciar este fenômeno ou de acompanhar a vivência de outrem.

Caminho Metodológico

Pesquisa de natureza qualitativa, adotando como referencial a linha teórica fenomenológica-existencial, a qual tem como foco o universo humano, sua experiência como ser singular, o seu subjetivo. Enfatiza a dimensão existencial do viver humano e os significados vivenciados pelo indivíduo no seu estar-no-mundo (Martins & Bicudo, 2003).

O estudo de natureza qualitativa busca uma visão particular do seu objeto, não se preocupando com generalizações, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando a compreensão, o significado do fenômeno estudado. O fenômeno é aquilo que se mostra, se manifesta (Martins & Bicudo, 2003).

O estudo foi desenvolvido em uma clínica especializada em oncologia, da rede particular, do município de Goiânia-Goiás.

Participaram do estudo cinco pessoas diagnosticadas com doenças oncológicas e seus respectivos cuidadores-familiares que os acompanham no tratamento. No total 10 pessoas foram entrevistadas. O critério de inclusão em participar do estudo foi a presença do sintoma dor relativo ao diagnóstico e /ou tratamento da doença oncológica.

Indicados pelos profissionais de saúde, a pesquisadora entrou em contato pelo telefone com os possíveis participantes, orientando-os sobre os objetivos e o detalhamento da pesquisa. Aqueles que concordaram em fazer parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando que a participação fosse de caráter voluntário e confidencial.

Todos os procedimentos éticos relativos ao desenvolvimento de pesquisa em seres humanos foram atendidos de acordo com o que prevê a Resolução CNE 196/96 (Brasil, 2001).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, norteadas por perguntas disparadoras com vistas a facilitar aos entrevistados a descrição da sua experiência com a dor, tendo ainda liberdade em expor conteúdos que lhe são pertinentes e com significados próprios, dentro do tema proposto.

As questões norteadoras voltadas aos participantes que estavam vivenciando a dor abordaram a descrição da dor (tipo, intensidade e localização), sentimentos e/ou sensações vivenciados durante o tratamento, formas que usualmente utiliza para aliviar esse sintoma, além de serem argüidos quanto à percepção de como as pessoas reagem à sua dor. Aos cuidadores-familiares, as questões voltavam-se à descrição dos sentimentos e/ou sensações vivenciadas diante da dor da pessoa que estão acompanhando, maneiras de enfrentamento para amenizar a dor delas e ainda foi lhes solicitado que avaliassem a intensidade da dor da pessoa que está sob seus cuidados.

A entrevista, enquanto recurso metodológico é um tipo de comunicação entre um pesquisador que pretende colher informações sobre fenômenos e indivíduos que detenham essas informações e possam emití-las. Sempre que possível deve ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação (Minayo, 2006).

Considerando que mensurar um sintoma é algo subjetivo, saber o quanto intensa é a dor para uma pessoa, não é uma tarefa precisa; podem-se utilizar escalas verbais ou visuais, para ajudar nesse processo, utilizando a memória que têm da intensidade das dores que já sentiram no decurso da vida (INCA, 2001). Existem vários exemplos de escalas para esta avaliação, cuja validade de todas elas depende de aspectos cognitivos dos pacientes e de suas capacidades de raciocínio abstrato, entre outras (INCA, 2001).

Nesse aspecto, durante a entrevista foi usada a Escala Visual Analógica (EVA), uma das mais utilizadas, na qual a dor pudesse ser representada por desenhos de rostos com expressões faciais diferentes e coloridas, simbolizando dor leve, moderada e intensa.

As entrevistas foram realizadas no contexto de instituição de saúde, em locais reservados, onde estiveram presentes apenas a pesquisadora e o entrevistado, para garantir a privacidade e sigilo das informações. Todas as entrevistas foram gravadas em um minigravador digital com o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra para posterior análise de seus conteúdos.

Para chegar à compreensão da vivência da dor nas pessoas com doenças oncológicas e seus cuidadores-familiares realizou-se a análise compreensiva do discurso, de acordo com os quatro passos propostos no método fenomenológico de Amedeo Giorgi, um dos mais conhecidos e utilizados no contexto da Psicologia Fenomenológica.

De acordo com Giorgi (1985), o objetivo do seu método é a obtenção de “unidades de significado” contidas nas descrições e reveladoras na estrutura do fenômeno, que seguem os quatro passos: 1- Leitura geral da entrevista transcrita para ter um senso geral de tudo o que foi exposto; 2- Tendo o sentido do todo, o pesquisador volta ao início do texto e lê novamente, com o objetivo de discriminar “unidades de sentido” na perspectiva do fenômeno estudado; 3- Uma vez delineadas as unidades de sentido, o pesquisador expressa o que elas contêm, de uma forma mais direta, considerando principalmente aquelas mais reveladoras do fenômeno em questão, 4- Síntese de todas as unidades de sentido transformadas em uma declaração consistente com relação à experiência do sujeito.

Encontrando significados na vivência da dor

Estabelecemos um diálogo com os dados encontrados em todo o processo de análise, tomando por base as contribuições que a literatura oferece, promovendo uma discussão interativa entre o conteúdo das entrevistas e as elaborações oriundas da nossa experiência. São apresentados alguns relatos que foram identificados pela letra P em se tratando das pessoas com doenças oncológicas e letra C para os cuidadores-familiares.

No geral, não notamos diferenças significativas nos resultados obtidos nas entrevistas das pessoas com doença oncológicas e seus cuidadores, razão pela qual optamos por apresentá-los e discutí-los em um contexto mais geral, fazendo as devidas marcações, quando necessário. Assim, identificamos três categorias de análise, que fazem relação entre si, de acordo com o conteúdo expresso pelos participantes: *Vivenciando a dor*, *Enfrentando a dor* e *Relação cuidador e a pessoa com doença oncológica*.

Vivenciando a dor

Nesta categoria, apresentamos e discutimos a experiência em vivenciar a dor pelas pessoas com doença oncológica e seus cuidadores. Os conteúdos expressos foram relacionados às referências da intensidade da dor, manifestados por meio da escala visual analógica (EVA), além dos sentimentos e sensações descritas pelos participantes do estudo.

a) A intensidade da dor

Todos os entrevistados verbalizaram a diminuição da intensidade da dor após o início do tratamento, independente do diagnóstico e terapêutica a que foram submetidos. Considerando a dor um sintoma subjetivo, com difícil precisão na sua mensuração, aproximando o entrevistado da sua experiência de dor (INCA, 2001) a escala visual analógica (EVA) mostrou-se eficiente para auxiliar a mensurar a dor. Os participantes registraram a intensidade da dor, conforme propõe a escala: leve, moderada e intensa.

“... antes de descobrir a doença e no início do tratamento eu sentia muita dor. Doía demais. Mas graças a Deus passou...quando eu comecei a tomar a medicação eu melhorei.” (P 3)

A percepção do cuidador-familiar diante da intensidade dor da pessoa com doença oncológica vai de encontro com a verbalização da própria pessoa que vivencia a dor. Percebe-se que estes estão em sintonia com os seus entes que sentem dor. Como afirma Esperidião (2006) cuidar é entrar em sintonia com as coisas, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele, para isso é necessário sensibilidade acurada e ficar “atento à”.

“A dor que era, 9. Muito intensa, assim eu não dormia... hoje, pode falar que é zero. Hoje a dor inexistente. Localizada só no joelho...” (P 2)

“No início! Intensa. Pelo o que ele me descrevia era dez. Hoje não enumera, é leve, ele descreve que não chega ser dor... que é um incômodo... é, assim nessa região aqui (aponta para o joelho) atingindo o tendão a cabeça do pé. (C 2).

Três entrevistados fizeram referência diretamente à sua dor emocional, embora relataram também sua experiência diante da dor física. No contexto geral dos entrevistados, foi possível perceber que este aspecto aparece de forma indireta em vários relatos. Nesse sentido, é possível afirmar que a dor física desequilibra o campo afetando também a dimensão

emocional, em acordo com a idéia da Abordagem Gestáltica em que tudo afeta tudo (Ribeiro, 1985).

O campo da pessoa com doença oncológica modifica, cada dimensão existencial pode ser afetada pela dor, aspecto abordado na definição de dor total da Dame Cicely Saunders. A dor pode ser física, emocional, racional, social ou espiritual. O pentagrama de Ginger auxilia na representação do campo da dor em cada pessoa com doença oncológica e como está se organizando (enfrentamento) diante do contexto de dor, enfatizando a inter-relação com que o organismo do ser humano funciona. Segundo Ribeiro (2007), o organismo é um sistema organizado que funciona de acordo com as leis que não se podem encontrar nas partes e sim no todo, consideração que remete ao princípio holístico, amplamente defendido pela abordagem gestáltica.

“Muitas vezes a dor, quando a dor ela vem de uma doença ela dói mais física, mas ela envolve muito sentimento acaba que envolve o coração da gente, a alma da gente porque a gente começa a pensar que poderia estar bem, que a gente poderia ficar livre dessa situação e não consegue... a gente quer ser forte e não vence com rapidez que a gente quer, então acaba que envolve a dor física e a dor emocional: ela abala junto.”
(P 5)

b) Sentimentos e sensações decorrentes da experiência da dor em doenças oncológicas

Nas entrevistas foram apontados vários sentimentos e sensações vivenciados diante da dor: ansiedade, medo de morrer, desespero, sentimento de abandono, dependência, sentimento de privação de liberdade, tristeza, desânimo, ansiedade e esperança. Chama-se atenção que a maioria dos cuidadores relataram sensação de impotência ao acompanharem a dor de seus familiares.

“...então você fica assim amarrada assim, sabe, sem fazer nada e isso sabe é muito sofrido... não posso fazer nada e o único meio que eu tenho, e quando os médicos chega que eu falo...” (C 5)

“É um sentimento de impotência... nós olhamos e não temos como fazer algo, a única coisa que podemos fazer e procurar um meio mais avançado tecnologicamente de conhecimento para que a gente possa sanar essa dor que tá acontecendo.” (C 3)

Foi possível apreender, diante dos relatos, que a organização do campo familiar diante da pessoa com dor modifica. Este dado corrobora o princípio da organização contido pela teoria de campo, pois, afirma que para um comportamento ocorrer depende da ausência ou presença de um fato, ou seja, depende da organização do campo naquele momento (Parlett, 1991).

A dor física debilita a pessoa e traz consigo a dependência do indivíduo a outrem. O ser humano se remete à sua eminência de morte. Pode-se dizer que ocorre um efeito dominó: a mudança na dimensão física influencia a dimensão emocional, e vice versa. Segundo o princípio da relevância, nenhuma parte do campo pode ser definida como irrelevante, pois tudo que está contido no campo é parte de uma organização total, não deve ser excluída, tudo que está no campo tem um significado para estar lá (Parlett, 1991).

“... tinha muito medo de morrer, muito medo de morrer, eu tinha medo de ficar deficiente igual eu fiquei 4 meses na cadeira de roda... a dor física o antibiótico ia controlando e a dor emocional se a pessoa não tiver domínio a pessoa não sara não, a pessoa não cura.” (P 5)

“Não é fácil uma pessoa que viveu toda a vida sem depender de ninguém, agora ter que viver dependendo dos outros.” (P 1)

A pessoa com dor anseia para voltar ao seu estado de equilíbrio inicial. O seu campo está em processo de mudança, em constante modificação, não é permanente, é contínuo. A experiência é um processo, provisório, não é fixo e estático (Parlett, 1991). O organismo da pessoa se auto-regula, procura o seu equilíbrio homeostático, satisfazendo suas necessidades emergentes e interagindo com seu meio (Ribeiro, 2007).

“... ansiedade de ficar boa logo às vezes atrapalha, e eu acredito que muitas vezes eu não estou boa ainda porque eu sou ansiosa, eu tenho pressa, eu tenho pressa de ficar boa... acaba que causa dor, dá um arrocho no coração e acaba que causa dor...uma dor que às vezes vem da alma assim aquela ansiedade, então existe, existe a dor física e a dor da ansiedade... a dor que vem lá do fundo do coração da alma causada pela ansiedade a pressa de ficar boa. É a pressa de ficar curada, de ficar boa, de recomeçar, começar uma vida nova.” (P 5)

Muitos são os sentimentos e sensações negativos apresentados, porém a esperança está presente nas entrelinhas dos relatos dos participantes, quer sejam das pessoas que vivenciam a dor ou de seus cuidadores. Acreditar numa “luz no final do túnel” (C1) ajuda a pessoa a manutenção da motivação de lutar pela vida ou pelo menos pela qualidade de vida residual (Gimenes, 2000).

“O sentimento hoje é de esperança... o sentimento é de muita esperança e muita expectativa, está chegando o momento pra eles analisarem. O momento se é pra fazer cirurgia ou espera mais um pouco... então cria se uma felicidade e uma expectativa muito grande.” (P 2).

A pessoa humana se ajusta criativamente diante do seu novo campo para caminhar em direção a sobrevivência. Ribeiro (2007) afirma que a pessoa humana é uma totalidade, jamais adocece por inteiro e tem sempre reservas puras, intocadas dentro de si mesma e jamais perde sua força renovadora. Neste aspecto, a Abordagem Gestáltica, por meio de seus princípios teórico-filosóficos, traz contribuições que os profissionais de saúde podem valorizar em suas ações, incentivando a pessoa procurar uma nova possibilidade de ser, resgatando sua própria singularidade e o belo que existe em cada existência.

Enfrentando a dor

Esta categoria apresenta as formas que as pessoas com doenças oncológicas e seus cuidadores lidaram com a vivência da dor. Os relatos mostram que cada entrevistado enfrenta a situação de uma forma singular. O princípio da singularidade, diz que cada situação que

ocorre com o indivíduo é única. Apesar de existirem situações semelhantes, elas nunca serão iguais para dois ou mais indivíduos, cada pessoa tem um ponto de vista diferente, que é construído individualmente de acordo com o campo presente, ou seja, sua vivência atual (Parlett, 1991).

Os depoimentos são apresentados e discutidos de acordo com quatro subcategorias em que foram especificadas as unidades significativas no enfrentamento da dor, seguindo o conteúdo exposto: busca de informações, o apoio na espiritualidade, apoio social e recursos internos.

a) Busca de informação

Diante da dor física e da dor em receber o diagnóstico de uma doença oncológica, todos entrevistados procuraram em primeiro lugar a informação. Segundo Gimenes (2000) a busca de informação envolve o conjunto de dados que podem ser reunidas acerca do evento estressante e que podem ser útil à resolução do problema ou regulação das emoções dele decorrentes.

“A gente procura conversar, explicar que realmente essa medicação é forte e que tanto os médicos, como nos folhetos dizem que provoca dor, como eu digo é uma dor técnica, uma dor controlada...” (C 4)

A alteração na dimensão física leva a movimentar a dimensão racional a favor do equilíbrio emocional. A informação motiva o outro a buscar o melhor tratamento e aderir a este.

“...pedi que ele fosse até outro medico, fez o exame, detectou o problema.” (C 3)

“Fiquei muito tempo com dor. E ai depois que descobriu, começou a fazer quimioterapia e radio, ai já foi melhorando.” (P 1)

b) O apoio na espiritualidade

Todos entrevistados, sejam as próprias pessoas que estão vivenciando a dor, como seus cuidadores-familiares, ao seu modo, demonstraram o seu apego a fé, “a algo maior” para

lidar com a sua dor e a dor do outro. Ginger e Ginger (1995) consideram que a dimensão espiritual (lugar e sentido do homem no meio cósmico e no ecossistema global) é importante para o equilíbrio do ser humano. A busca pelo apoio na espiritualidade foi mais uma maneira que os participantes encontraram para se ajustar criativamente no contexto de dor. Viver a vida com a incorporação do espiritual torna esta, ao menos em parte, mais significativa (Hcyner, 1995).

“... não vou te dizer que a gente está equilibrado, porque a gente não está equilibrado, porque você convive com esta área você sabe que o processo é doloroso. Mas a gente tenta a cada momento buscar as forças de Deus, o amparo de Deus, ter compreensão, entendimento do que ele está vivendo e convivendo, nós sabemos de todas as realidades, a gente tem consciência, disso, a gente tem consciência que a vida ela se esvai, que é doloroso porque nós nunca vamos aceitar esse elo de separação... mas eu acho que graças a Deus está indo bem o tratamento dele, está evoluindo.” (C 3)

“... dor espiritual... de dor mesmo a que eu sentia era no sentido assim eu está afastado de Deus... mas eu sentia isso, por estar longe Dele... como aquele ditado da praia... vê dois passos na praia ai num momento ele pergunta pra Deus, mas Deus agora vejo um só um passo, meu filho eu sempre estive contigo no momento que vê um e no momento que estou te carregando né... então assim e nesse momento que você vê que Deus esta presente na nossa vida (choro).” (P 2)

Com a fé o indivíduo vai além de seu ser individual e separado, amplia para novas possibilidades da sua existência. Para Hcyner (1995) espiritualidade é se abrir para o que está além de nós, é estar consciente da nossa existência, do outro e do mundo como um todo.

c) Apoio social

Os conteúdos expressos nas entrevistas evidenciam que a dimensão social é igualmente afetada pela dor, embora possa se constituir em apoio à pessoa com doença oncológica, no sentido de que pode oferecer estrutura no enfrentamento da doença. Dimensão

social é definida por Ginger e Ginger (1995) como sendo a relação com os outros, o meio humano, cultural.

Um dos participantes associou sua experiência a outras do seu meio social, evidenciando que a dimensão social, tal qual é abordada por Ginger e Ginger (1995), foi uma das formas que o ajudou a enfrentar suas dificuldades, a medida que se identificou com a vivência positiva de outra pessoa, lhe motivando a continuar com seu tratamento, com vistas ao alcance da cura.

“... a gente vê outras pessoas curadas... agora mesmo fiquei sabendo de uma pessoa. Então a gente vai se enchendo de esperança e a fé que é em primeiro lugar em Deus, e os dias vão passando, mas se não fosse a fé em Deus a gente não suportava não...” (P 5)

A interação com o outro, o apoio da família, a mobilização de apoio social ajudam a equilibrar a dimensão social da pessoa. Gimenes (2000) comenta que muitos se voltam para os outros para pedir ajuda e apoio emocional e assim enfrentar a dor vivenciada, buscam recursos externos para lidar com a dor.

Os depoimentos dos participantes deste estudo deixam claro que há interação entre suas dimensões existenciais formando um grande holos, com partes interdependentes no funcionamento do organismo. Ficou claro que o apoio social ajuda no equilíbrio emocional e no enfrentamento da dor.

“Mas quando chegava a visita eu ficava conversando e esquecia da dor.” (P 3)

“... quando aconteceu o caso do meu filho eu reuni toda a minha família, os irmãos, minha mãe, meus filhos... disse: olha eu não quero nada, só quero amor e humildade só, não quero culpa, não quero comparações, não quero nada, só quero o amor e a humildade tendo essas duas coisas, os processos são dolorosos mais a gente consegue entender.” (C 3)

Houve relato de um participante evidenciando que a presença do outro é fator principal diante do cuidado. Especificamente neste caso, sua experiência mostra que mesmo com a presença física de seu cuidador-familiar durante sua internação, além das visitas de outros familiares, sentia-se em abandono:

“É uma dor de desespero, uma dor de abandono. As pessoas afastam de mim, me abandonam e cansam de mim.” (P 1)

Fica perceptível nos conteúdos das entrevistas que a pessoa com dor precisa ser compreendida pelo outro, tal qual está no momento, na sua autenticidade, necessita ser confirmada pelo outro diante da situação que está vivenciando. Nesse aspecto, nem sempre a presença, como é defendida por Hcyner e Jacobs (1997) foi percebida por alguns dos entrevistados, pois, a despeito da presença física de algumas pessoas, ela não foi significativa a ponto de trazer para a interação no sentido dialógico. Hcyner (1995) afirma que uma das grandes necessidades existenciais do ser humano é ser confirmado e isso pode acontecer quando uma pessoa encontra outra pessoa na sua genuinidade.

A pessoa com dor pode sentir-se amparada e protegida pelos seus familiares, enfrentando de maneira mais positiva a situação de doença vivida e com recursos adequados, ao mesmo tempo em que a relação de cada membro da família com a pessoa em questão poderá fazer surgir velhos sentimentos, antes resguardados pelas defesas psíquicas (Barbosa & Macieira, 2009).

d) Recursos internos: o papel do ajustamento criativo

Observa-se que a experiência da dor faz com que as pessoas com doenças oncológicas e seus cuidadores entrem em contato com seus recursos internos, antes não tão evidenciados no seu campo vital. Os relatos deixam claro o fortalecimento da dimensão afetiva na regulação das emoções e dimensão racional com foco em pensamentos positivos para lidar com a dor. Este dado corrobora o princípio da contemporaneidade descrito por Parlett (1991), no qual afirma que as influências presentes no campo atual, é que explicam esse campo. O passado e o futuro são partes simultâneas do campo presente. Experiências positivas no passado podem evidenciar recursos internos fortalecidos no presente e crença num futuro melhor.

“... porque a gente se conhece nesses momentos de dificuldade, eu não sabia que eu tinha tanta força, tinha tanta paciência, tinha tanta virtude... porque a gente pensa que quando a gente está no dia-a-dia você pensa que não é capaz...quando você passa um processo desse e vê que você tava num quadro horrível num quadro de estrema dor e vê você hoje...no caso eu me sinto glorificado...” (P 2)

“Mas hoje eu vejo assim, um sentimento de paz, que eu vejo que um dia tudo vai passar. Vê uma luzinha lá no finalzinho do túnel (risos). É pequenininha, mas a gente vê. E ela pode se tornar grande depois.” (C 1)

Esses depoimentos ilustram a Teoria de Campo e o princípio holístico presentes na Abordagem Gestáltica em que o todo mantém íntima relação com as partes e que um fenômeno num determinado campo afeta o restante dele. Assim, mostram que a dor afeta todo o campo do ser-doente com dor, todas as dimensões do ser humano fazendo-o buscar outras formas de ajustamento, no sentido de alcançar o seu equilíbrio. Com a maturidade trazida pela experiência e pela aprendizagem, a pessoa desenvolve meios e comportamentos que ajudam o organismo ajustar criativamente diante do desequilíbrio e torná-los menos problemáticos (Ribeiro, 2007).

Relação cuidador e a pessoa com doença oncológica

Nesta categoria é discutida a relação de cuidado existente entre o cuidador-familiar e a pessoa com doença oncológica. Observa-se, diante dos relatos obtidos nas entrevistas, que para cuidar do outro é necessário, mais que ações que atendam o desconforto físico. O cuidado deve atender todas as dimensões do ser humano.

De acordo com Esperidião (2006), o cuidado está relacionado à emoção, evocação de um sentimento profundo. Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las, acolhê-las e respeitá-las. Alguns depoimentos dos cuidadores mostram que há identificação do processo de vivência a dor da pessoa que estavam cuidando, permitindo colocarem-se no lugar destas.

“... a gente se coloca assim, no mesmo lugar dela... É uma tristeza muito grande, logicamente, a gente sente.” (C1)

A relação entre os envolvidos mostra um movimento recíproco entre dar e receber apoio. Houve relatos das próprias pessoas em tratamento que referiam mais segurança ou formas mais estruturadas no enfrentamento da dor do que seus cuidadores, deixando claro que compreendiam e respeitavam a limitação de cada um em lidar com a situação. Na tentativa de amenizar o sofrimento transmitiam força e alegria para o seu cuidador.

“... a gente que dá força pra família... essa é a verdade porque independe de você que está com um quadro evoluindo igual ao meu, um quadro de sofrimento independente disso...” (P 2)

Todos os cuidadores mostraram-se preocupados com o seu familiar e estes também preocupados com os seus cuidadores. Alguns deles atestam que, por vezes, tentam mascarar a intensidade da sua dor, preferindo manter-se em silêncio diante desta percepção, como se estivessem respeitando a vontade do seu familiar. A esta atitude, Santos e Sebastianni (2001) faz referência ao pacto do silêncio, em que ambas as partes sabem da verdade, porém preferem negar a real situação e permanecer em silêncio.

“Só que ele mascara muito a dor, ele está sentindo, mas fisionicamente, ele não demonstra. Aí que é uma maior complexidade, porque às vezes ele está, mas se você olhar nele você não nota que ele está.” (C 3)

“É... eu não sei também se ela me esconde um pouco. Porque hoje ela me poupa mais do que antes. Antes ela falava que não suportava, hoje eu não sei, não sei se realmente elaes tá falando a verdade ou não.” (C 1)

Na relação entre a pessoa com dor e seu cuidador fica muito evidente o sentimento de impotência, manifestado pela vontade de tirar a dor da outra pessoa ao mesmo tempo em que não conseguem fazer nada. Diante deste sentimento conformam-se com o tratamento que estão sendo submetidos.

“... eu me sinto assim: que não posso fazer nada. Mas ao mesmo tempo sabe que não é grave. Seria ótimo se eu pudesse pegar essa dor e fazer não sei o que, mas não tem como. A gente sabe que é assim, é passageiro e que temos recurso do medicamento, que o médico nos receitou.” (C 4)

Considerações Finais

Considerando a intenção central deste estudo em compreender a vivência da dor em pessoas com doença oncológica e seus cuidadores, por meio das contribuições da Abordagem Gestáltica, foi possível perceber que esse tema suscita uma ampla dimensão de significados diante da experiência em lidar com este fenômeno. Assim, foi possível perceber que a dor tem significado próprio para cada um e de igual maneira, a vivência desse fenômeno é acompanhada de forma singular, no enfrentamento das situações a que está exposto.

Foram identificados vários sentimentos e sensações que são evocadas na experiência de dor, os quais foram discutidos à luz da Abordagem Gestáltica. Os relatos confirmam que uma mudança no indivíduo, pode provocar o desequilíbrio do seu campo levando-o a buscar o seu ajustamento, sempre em acordo com o funcionamento próprio de cada um.

De forma geral, foram descritos pelos participantes quatro mecanismos de enfrentamento diante da experiência de dor: busca por informação, apoio na espiritualidade, apoio social e recursos internos. Nesse sentido, tais mecanismos mantêm relação com as dimensões existenciais apresentadas por Ginger e Ginger (1995), as quais se articulam entre si. Assim, por vezes, e dependendo da situação particular no enfrentamento da dor, evidenciam-se reações e comportamentos mais relacionados à alguma dimensão em especial, quer seja, a racional, a social, a espiritual, a física ou a emocional.

Os resultados mostram que a experiência do cuidador-familiar em lidar com a dor da pessoa que estava acompanhando não difere, significativamente, de como a própria pessoa lida com a sua dor. Entretanto, o sentimento de impotência experimentado pelos cuidadores aparece enfaticamente e, em sua maioria, referiam se colocar no lugar do seu familiar para buscar melhores formas de ajustamento criativo diante da dor. Ficou claro que eles também vivenciam a dor, não propriamente a dor física, localizada em alguma parte do corpo, mas relatam a dor emocional, social e até mesmo a espiritual.

Os depoimentos dos participantes permitem afirmar que o campo da pessoa com doença oncológica se modifica e a do cuidador-familiar também. A dor envolve todo o campo e as dimensões do ser humano, cada um com sua singularidade de vivenciá-la.

Enfatiza-se a necessidade de levar em consideração os resultados deste estudo no sentido de compreender o fenômeno por meio de outro olhar, mais holístico, que privilegia a integralidade do ser humano, não limitando as condutas terapêuticas tão somente à dor física.

Este estudo possibilitou confirmar que a vivência de um determinado fenômeno altera todo o campo da pessoa, suas interações com o meio, além de evocar seus próprios mecanismos de ajustamento criativo.

Diante do exposto fica a recomendação aos profissionais de saúde para, no processo do cuidado, ficarem atentos à totalidade do ser humano, amplamente ressaltada pela Abordagem Gestáltica. Embora tal pressuposto seja geralmente incorporado aos seus conhecimentos, nem sempre as ações de cuidado dispensadas por eles estão em acordo com o princípio holístico, tão propalado na assistência à saúde.

É fundamental destacar que os princípios teóricos e filosóficos da Abordagem Gestáltica podem contribuir fortemente na compreensão e acompanhamento da vivência da dor. Assim, recomenda-se que as ações empreendidas pelos profissionais de saúde sejam norteadas pelos tais pressupostos com vistas ao atendimento humanizado aos usuários do sistema de saúde.

Referências

- Barboza, E.R.C. & Macieira, R.C. (2009). Olhar paciente-família: incluindo a unidade de cuidados no atendimento integral. In M.T, Veit (org), *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado* (pp. 119-126). São Paulo: HR.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ:Vozes.
- Borges, M. ; Cavalcante, F & Fukumitsu, K.O.F. ; (2009). O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. *Estudos e pesquisas em psicologia* [online], 9 (1) [citado 01 de agosto 2010] p.174-184. Disponível na World Wide Web: <http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a14.pdf>
- Buber, M. (1974). *Eu e tu*. (2ª Ed). (N.A. Von Zuben,trad). São Paulo: Centauro
- Carvalho, M.M. (1994). O sofrimento da dor no câncer. In M.M. Carvalho (org). *Introdução á psiconcologia* (pp. 103- 118). São Paulo: Livro Pleno.
- Esperidião, E. (2006). Reflexões do cuidado: uma aproximação. *Revista da abordagem gestáltica*, 12, 75-82.
- Evangelista, P.(2009). Interpretação crítica da Teoria de Campo Lewiniana a partir da Fenomenologia. Centro de formação e Coordenação de Grupos em Fenomenologia [online]. Retirado no dia 08/08/2010 na World Wide Web: http://fenoegrupos.com/JPM-Article3/pdfs/evangelista_teoria_de_campo.pdf

- Gimenes, M.G. (2000). *A mulher e o câncer*. Campinas: Livro Pleno
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestalt: uma terapia do contato*. São Paulo: Summus.
- Giorgi, A. (1985). Shetch of a psychological phenomenological Method. In C. Aanstoos, W. F. Fischer, A. Giorgi & F. J. Wertz (orgs). *Phenomenology and Psychological Research*. (pp.8-22). Duquesne University Press: Pittsburgh , PA.
- Instituto Nacional do Câncer – INCA, (2001). *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. [Citado 12 de março 2010]. Disponível na World Wide Web: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1997). *Relação e cura em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica*. São Paulo: Summus.
- Blough, D. S. & Blough, P. (1977). Animal psychophysics. In W. K. Honig & J. E. Staddon (orgs.), *Handbook of operant behavior* (pp. 514-539). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Martins, J e Bicudo, M.A.V. (2003). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.
- Miceli, A.V.P (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* [online], 48(3) [citado em 17 de Maio 2010], p.363-373. Disponível no World Wide Web: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/artigo5.html.
- Minayo, M.C.S. (2006). Técnicas de pesquisa. In M.C.S. Minayo (org), *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (pp.261- 298). São Paulo: Hucitec.
- Parlett, M. (1991). Reflection on field theory. *The British Gestalt Journal*, 1, 68-91.
- Parlett, M. (1997). El campo unificado em la práctica. *Gestalt Review*, v.1, n.1, p.16-33. Tradução: Susan Mowbray y Paulino Aparicio.
- Pereira, L.V e Sousa, F.A. (1998). Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev.latinoam.enfermagem*, Ribeirão Preto [online], v. 6, n. 3 [citado 20 de Maio 2010] p.77-84. Disponível no World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691998000300010&lng=pt&nrm=iso
- Pessini, L. (2004). Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In L. Pessini e L. Bertachini, (Org.), *Humanização e Cuidados Paliativos* (p.11- 30). São Paulo: Loyola.
- Pinto, E.B. (2009). *Psicoterapia de curta-duração na abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica*. São Paulo: Summus.

- Ribeiro, J.P. (1985). *Gestalt-terapia: refazendo um caminho*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J.P. (1999). *Gestalt-terapia de curta duração*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J.P. (2007). *O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus.
- Santos CT. & Sebastiani R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In Angerami, VA. (org.) e col. *E a Psicologia entrou no Hospital...* São Paulo: Pioneira, 2001.
- Silva, L.M.H & Zago, M.M.F (2001). O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto [online], v. 9, n. 4 [citado 23 de Novembro 2009]. Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000400008&lng=en&nrm=iso>.
- Spangenberg, A. (1996). *Terapia gestáltica e a inversão da queda*. São Paulo: Paulinas.
- Yontef, G.M. (1998). *Processo, Diálogo e Awareness: Ensaio em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.