

Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade

Ana Catarina de Araújo Elias¹

Joel Sales Giglio²

Recebido: 20/12/2000 Aceito: 30/4/2002

RESUMO

Em dissertação de mestrado estudamos qualitativamente a eficácia da intervenção psicoterapêutica para pacientes terminais, desenvolvida por nós através da integração das técnicas de **relaxamento mental** e **visualização de imagens mentais** com os elementos que compõem a natureza da Espiritualidade, para, assim, ressignificar ou não a **dor simbólica da morte**, a qual é representada pela **dor psíquica** e pela **dor espiritual**.

Concluimos que os pacientes obtiveram uma melhor qualidade de vida no processo de morrer e uma morte mais serena e digna após serem atendidos através dessa específica intervenção psicoterapêutica: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade.

Neste artigo descreveremos e discutiremos a operacionalização do método de ressignificação da dor simbólica da morte dos casos estudados na nossa pesquisa, através da intervenção psicoterapêutica proposta.

Unitermos: Cuidados paliativos; Dor simbólica da morte; Relaxamento mental; Imagens mentais; Espiritualidade; Psicoterapia breve.

ABSTRACT

Psychotherapeutic interventions for terminal patients: dealing with meaning of death by means of relaxation techniques, mental imaging, and spirituality

In the Master Thesis of the first author of this paper we studied qualitatively the efficacy of a specific psychotherapeutic intervention intended to help terminal patients to ressignify the **symbolic pain of death**, represented by the **psychological and spiritual** modalities of pain. This specific psychotherapeutic technique included **mental relaxation** and **visualization of mental images** related to elements of Spirituality.

We concluded that the patients under investigation got a better quality of life during the process of dying and a more serene and worthy death, when we assist them using the specific psychotherapeutic technique above mentioned.

In this article we describe and discuss the way to operate the technique proposed (resignification of the symbolic pain of death).

Keywords: Palliative care; Death symbolic pain; Mental relaxation; Mental images; Spirituality; Brief psychotherapy.

Local de desenvolvimento da pesquisa: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Divisão de Oncologia do CAISM/UNICAMP.

Órgão Financiador da Pesquisa: CAPES

Artigo derivado da Dissertação de Mestrado **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Ressignificação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais**, de Ana Catarina de Araújo Elias (2001). Apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

¹ Psicóloga e Pedagoga. Doutoranda e Mestre em Ciências Médicas, área de Saúde Mental, UNICAMP. Especialista em Psicoterapia de base analítica, F.C.S.M. Dr. Maurício Knobel. Professora da Graduação e da Pós-Graduação do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio e Professora da Graduação das Faculdades Integradas IPEP.

² Médico Psiquiatra. Analista Junguiano pela Associação Junguiana do Brasil e Membro Analista da International Association for Analytical Psychology. Professor Associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Coordenador do curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Endereço para correspondência:

Ana Catarina de Araújo Elias

Av. Jesuíno Marcondes Machado, 189 – Nova Campinas, Campinas, São Paulo – CEP 13092-320

Fone: (0xx19) 3294-9184/(0xx19) 9705-2579

E-mail: acatarina@fcm.unicamp.br ou catarinaelias@hotmail.com.

Introdução

A base da pesquisa relatada neste artigo foi a visão biopsicossocial e espiritual do ser humano.

A visão biopsicossocial e a inter-relação entre a mente e o corpo foram abordadas e estudadas, no último século, de forma importante, por diversos médicos, psicólogos, enfermeiros e outros pesquisadores da área da saúde e tornaram-se, frente às evidências, no final do século XX, questões comprovadas e aceitas pela comunidade científica (Achterberg, 1996; Carvalho, 1994a, 1994b, 1999; Caudill, 1998; Epstein, 1990; Figueiró, 1999; Freud, 1975; Jung, 1986a, 1986b; Kovács, 1999; Lang, 2000; Mayol, 1992; Mello Filho, 1979; Montagu, 1988; Pimenta e Portnoi, 1999; Siegel, 1989; Simoton et al., 1987; Tucker, 1999).

No final do século XX pesquisas, abordando a importância da inclusão da Espiritualidade nos tratamentos médicos convencionais e dando suporte para a ampliação da visão de ser humano para uma abordagem biopsicossocial e espiritual, começaram a ser publicadas no cenário científico internacional da área médica. Vários, entre esses estudos, recomendaram que o currículo de cursos como Medicina, Enfermagem e outros da área da saúde fossem revistos de forma apropriada e passassem a incluir no seu conteúdo programático a aprendizagem sobre aspectos espirituais (Brady et al, 1999; Burton, 1998; Fryback e Reinert, 1999; Gioiella et al, 1998; Kübler-Ross, 1998; Miller, 1997; Mood Jr., 1989, 1992; Mytko e Knight, 1999; Puchalski e Larson, 1998; Saunders, 1991; Thomsen, 1998).

No atendimento a pacientes fora de possibilidade de cura encontramos sofrimento psicológico importante no que se refere aos aspectos psíquicos e espirituais, que são dois componentes do conceito de Dor Total introduzido por Saunders (1991).

Denominamos como **dor simbólica da morte**, a **dor psíquica** e a **dor espiritual identificadas**. Operacionalizamos o conceito de Dor Psíquica como o medo do sofrimento e o humor depressivo representado por tristezas, angústias e culpas frente às perdas e o conceito de dor espiritual como medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à Espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus (Elias, 1999).

Visando encontrar um método científico para ressignificar a dor simbólica da morte dos pacientes terminais desenvolvemos uma intervenção psicoterapêutica integrando as técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos

que compõem a natureza da Espiritualidade e, em nossa dissertação de mestrado (Elias, 2001), estudamos qualitativamente a eficácia desta intervenção psicoterapêutica e a possibilidade de ela produzir transformações positivas no universo psíquico desta categoria de pacientes, **diante da dor simbólica da morte**, promovendo **qualidade de vida** durante o processo de morrer e morte mais serena.

Delineamos de forma clara e sistemática este método de atendimento ao paciente terminal, para que outros profissionais da área da saúde possam vir a utilizar essa técnica com seus próprios pacientes (Elias, 2001; Elias e Giglio, 2001a; Elias e Giglio, 2001b).

Escolhemos a associação entre o relaxamento mental e a visualização de imagens mentais porque essas técnicas proporcionam um maior contato com a realidade subjetiva interna e favorecem mudanças de atitudes e idéias frente às experiências atuais de sofrimento (Achterberg, 1996; Carvalho, 1994a, 1994b, 1999; Caudill, 1998; Epstein, 1990; Simoton et al., 1987).

Os elementos que compõem a natureza da Espiritualidade foram estruturados a partir das pesquisas de Kübler-Ross (1998) e Mood Jr. (1989,1992) que descrevem o relato de pacientes que passaram por uma experiência de quase morte e voltaram a viver normalmente, porque estas pessoas experimentaram de forma consciente a natureza espiritual da existência e trouxeram, em seus relatos, elementos importantes para ressignificar a dor simbólica da morte, principalmente no que se refere à dor espiritual (Elias, 2001; Elias e Giglio, 2001a).

A intervenção psicoterapêutica para pacientes terminais – relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade, cujo objetivo é ressignificar a dor simbólica da morte dessa categoria de pacientes, enquadra-se dentro dos objetivos da psicoterapia breve de apoio descritos por Fiorini (1991): recuperação do equilíbrio homeostático que se expressa no alívio dos sintomas. Os sintomas básicos a serem trabalhados são: a dor psíquica e a dor espiritual.

A técnica de visualização de imagens mentais foi orientada por dissociação, sugestão indireta e sugestão direta. Segundo Carvalho (1999), a dissociação permite ao paciente focar seu pensamento em um tempo e um espaço diferente do real tridimensional em que ele está inserido. Através da sugestão indireta pode-se induzir o paciente a focar sua atenção em imagens mentais tranquilas, prazerosas, positivas e revigorantes, de acordo com suas preferências e escolhas prévias e através da sugestão direta pode-se fazer afirmações aos pacientes,

por meio de citações ou de imagens que o ajudem a abolir a dor, o sofrimento, o medo.

Sessões de orientação familiar devem ser realizadas de forma complementar à aplicação dessa intervenção psicoterapêutica com o objetivo de oferecer um espaço para os familiares falarem sobre a doença e a morte do paciente, relatarem sua visão sobre a dor simbólica da morte deste e receberem orientação sobre uma possível forma mais adequada de conduta que eles, parentes, possam oferecer para o paciente, nesta fase de cuidados paliativos.

Observamos que é possível ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais, ou seja, proporcionar melhor qualidade de vida no processo de morrer e morte mais serena e digna, através da intervenção psicoterapêutica proposta (Elias, 2001; Elias e Giglio, 2001b).

Neste artigo discutiremos a operacionalização do método de ressignificação da dor simbólica da morte dos casos estudados na pesquisa, através de intervenção psicoterapêutica, relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade.

Sujeitos e métodos

Fizeram parte da pesquisa cinco pacientes mulheres, adultas, com câncer, fora de possibilidade de cura.

O método consistiu em pesquisa qualitativa, ramificada no enfoque subjetivista – compreensivista – (Triviños, 1987), sobre intervenção psicoterapêutica em estudo de caso clínico longitudinal, utilizando-se como instrumento para coleta de dados a entrevista semi-estruturada (Kvale, 1996).

A variável putativa estudada foi “qualidade de vida” e as variáveis intervenientes foram a “dor psíquica” representada pelo medo do sofrimento e humor depressivo (tristezas, angústias e culpas frente às perdas) e a “dor espiritual” representada pelo medo da morte e do pós-morte, idéias e concepções em relação à espiritualidade, sentido da vida e da morte e culpas perante Deus.

As etapas para o desenvolvimento desta intervenção psicoterapêutica, já publicadas anteriormente (Elias, 2001; Elias e Giglio, 2001a; Elias e Giglio, 2001b), são, em resumo: **identificação** da dor simbólica da morte através de entrevista semi-estruturada. **Condensação** dos elementos da dor psíquica e da dor espiritual, descritos predominantemente através do pensamento secundário (Freud, 1975), em um padrão de imagens simbólicas (Jung, 1986a; Von Franz, 1995). Orientação das técnicas de relaxamento mental e de visualização de

imagens mentais (Achterberg, 1996; Carvalho, 1994a, 1994b, 1999; Caudill, 1998; Epstein, 1990; Rosen 1994; Simoton et al., 1987) integradas aos elementos que compõem a natureza da Espiritualidade (Kübler-Ross, 1998; Mood Jr., 1989, 1992).

Sessões de orientação familiar também devem ser realizadas, de forma complementar à aplicação desta intervenção psicoterapêutica.

Resultados

Pacientes

Primeira paciente: C.A.S.F., sexo feminino, 48 anos, casada, dois filhos (um adulto recém-casado e uma adolescente), residente no Interior paulista em cidade distante de Campinas, portadora de neoplasia maligna, carcinoma de mama, com metástase na medula, metástase óssea generalizada e fratura no fêmur. Foram realizados quatro atendimentos hospitalares para a paciente, duas sessões de orientação familiar, um contato por telefone com a paciente e familiares e uma correspondência com familiares em substituição à sessão pós-óbito.

Os atendimentos foram realizados no início da fase fora de possibilidade de cura, quando a paciente ainda estava clinicamente bem. A paciente passou o período final dessa fase, até o óbito, em sua cidade de origem distante de Campinas, e o contato para orientação com a psicóloga/pesquisadora foi feito por telefone.

Quando iniciamos a aplicação do método descrito neste estudo, a paciente, apesar de fora de possibilidade de cura, estava clinicamente bem, ainda nutria esperanças de se curar e não havia sido informada que estava no estado denominado fora de possibilidade de cura. Seus familiares, representados por seu filho e por sua nora, por sua vez, estavam orientados sobre esse estado clínico da paciente.

C. mostrou-se interessada e receptiva ao método proposto neste estudo, estabeleceu um bom vínculo terapêutico com a psicóloga/pesquisadora e demonstrou facilidade para relaxar e visualizar as imagens sugeridas.

Não apresentou, por meio de seus relatos, histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante. Ao contrário, considerava que sua vida, no período anterior à doença, havia sido boa.

Observamos que diante das fases propostas por Kübler-Ross (1996) – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase depressão.

Identificação da dor simbólica da morte: dor psíquica e dor espiritual

Perante a dor simbólica da morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos:

Dor psíquica

* **Humor depressivo:** tristeza pela perda da mãe na adolescência, trabalhada de forma simbólica através da imagem de Nossa Senhora, pela identificação da paciente com este Ser Espiritual, como mãe/protetora. (sugestão indireta).

* **Humor depressivo:** angústia pela perda da disposição pela vida, trabalhada por dissociação e sugestão indireta, observando-se que seu corpo estava doente, mas seu espírito poderia sentir-se livre e, através do método proposto, ela, paciente, poderia focar seu pensamento em um mundo espiritual belo.

* **Humor depressivo:** angústia por não poder cuidar mais dos filhos e dos familiares, trabalhada de forma simbólica, por sugestão indireta, com a imagem de passarinhos (pais) ensinando um filhote a voar e verificando seu aprendizado. Após o exercício a paciente comentou, fazendo uma associação da metáfora com a sua vida, que havia percebido que já tinha ensinado tudo para os seus filhos e agora eles poderiam caminhar sozinhos. Essa angústia também foi trabalhada através de orientação aos familiares, para que ajudassem, nesse sentido, a paciente.

* **Medo do sofrimento:**

- porque a radioterapia e a quimioterapia não estavam mais surtindo efeito;
- centralização do sofrimento em si mesma, pelo medo de fazer seus familiares sofrerem por causa dos seus sofrimentos com a doença, trabalhados das seguintes formas:

Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para desfocar sua mente do sofrimento com a doença e focá-la em mundos belos e tranquilos;

Orientação para os familiares conversarem com a paciente e mostrarem que eram capazes de suportar o sofrimento por vê-la doente;

Orientação para os familiares quebrarem o “pacto do silêncio” e formarem uma rede de apoio mútuo.

Dor espiritual

* **Medo da morte e do pós-morte:** descrito na sensação de desligamento do corpo após a cirurgia do fêmur, trabalhado das seguintes formas.

Abordagem para a paciente, a partir dos relatos dos pacientes que passaram por uma **experiência de**

quase morte e voltaram a viver normalmente, sobre a possível existência de um mundo espiritual belo e permeado de seres que transmitem amor e paz.

Afirmção para a paciente do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma experiência de quase morte, de que, ao se imaginar cenários belos, pode-se, através do pensamento, visualizar possíveis mundos espirituais, permeados de amor e paz. (sugestão direta).

* **Perda do sentido da vida (e da morte) perante limitações impostas pelo câncer:** para esta paciente o sentido principal da vida era o aprendizado. A sua dor espiritual referia-se à perda do sentido da vida pelas limitações impostas pelo câncer, a qual foi trabalhada focando-se este significado, aprendizagem, na situação específica que a paciente vivenciava: aprender que mesmo o corpo estando doente, o espírito pode encontrar a paz e ligar-se a mundos espirituais belos através da imaginação (dissociação e sugestão indireta).

Segunda paciente: M.I.F., sexo feminino, 38 anos, casada, dois filhos (crianças), residente no Interior paulista em cidade próxima a Campinas, portadora de neoplasia maligna, câncer de ovário com metástase disseminada e colostomizada. Foram realizados com a paciente quatro atendimentos hospitalares, um ambulatorial e seis domiciliares. Com os familiares foram feitas quatro sessões de orientação e uma sessão pós-óbito. Os atendimentos foram realizados na fase fora de possibilidade de cura completa desde o período inicial, quando a paciente ainda estava clinicamente bem, até o período final e óbito.

Quando iniciamos a aplicação do método descrito neste estudo, a paciente, apesar de fora de possibilidade de cura, estava clinicamente bem. Ainda não havia sido informada pela equipe médica de que estava fora de possibilidade de cura, mas esta questão foi abordada e trabalhada pela psicóloga/pesquisadora, no decorrer das sessões, de forma gradativa.

Esta paciente apresentou, no início da primeira sessão, intenso sofrimento psíquico e espiritual, representado por fobia acentuada e pavor da morte.

Embora, no início dos atendimentos, tenha apresentado dificuldade para visualizar as imagens sugeridas, mostrou-se interessada e receptiva ao método proposto e no decorrer das sessões melhorou sua capacidade de visualização.

Estabeleceu um bom vínculo terapêutico com a psicóloga/pesquisadora.

Observamos que de acordo com as fases propostas por Kübler-Ross (1996) – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – esta paciente oscilava entre as fases raiva, barganha e depressão.

Identificação da dor simbólica da morte: dor psíquica e dor espiritual

Perante a dor simbólica da morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos:

Dor psíquica

*** Medo do sofrimento físico associando-o à punição.**

Este medo foi trabalhado das seguintes formas:

Orientação para a paciente imaginar seu corpo sendo envolvido por uma luminosidade azul ou branca (cores frias, tranquilizadoras) com o objetivo de minimizar a associação que ela fazia entre sofrimento físico e punição (sugestão indireta).

Orientação para a paciente imaginar-se pescando em um lago azul, sob um céu azul, procurar durante esta visualização sentir-se em paz, tranqüila, serena e, ao “voltar” para o quarto, trazer consigo estas sensações. (dissociação e sugestão indireta).

Pontuações para a paciente sobre suas qualidades, seus esforços, sua beleza interna, com o objetivo de minimizar seu negativismo, seu ressentimento, seu humor depressivo (sugestão direta).

*** Humor depressivo:** tristeza, preocupação, culpa, por não poder mais criar seus filhos e morrer; deixar seus familiares e fazê-los sofrer.

Esses aspectos foram trabalhados das seguintes formas:

Orientação da psicóloga para M.I. conversar com o marido sobre a educação das crianças.

Orientação da psicóloga para M.I. conversar com os filhos sobre os sentimentos amorosos que ela nutria por eles, ajudá-los em relação a alguma possível culpa que pudessem estar sentido diante da gravidade da doença dela e promover um elo de confiança entre eles e o pai.

Relato, pela psicóloga, de uma história, intitulada *O servo e o rei*, de autor desconhecido, como metáfora, para transmitir a idéia de que aparentes desgraças podem trazer algum benefício e comentários sobre a responsabilidade de seu marido, como pai, pelas crianças (sugestão indireta).

Orientação da psicóloga para M.I. visualizar-se em um lago, confiando na pesca de algum peixe, como analogia à Fé que a paciente relatou possuir no amparo divino, com o objetivo de minimizar suas preocupações e fortalecer sua confiança em bons resultados. (dissociação e sugestão indireta).

Orientações para V., marido da paciente, sobre as preocupações desta, em relação ao seu comporta-

mento de ingerir bebida alcoólica em excesso, atrapalhando os cuidados e a educação das crianças.

Opção, da psicóloga, para não apontar a possível agressividade de M.I. pelos familiares mais velhos, os quais iriam continuar vivendo, enquanto ela, mais nova do que eles, iria morrer, para não mobilizar mais culpa, intensificando sua dor simbólica da morte.

Pontuação, na última sessão, durante a aplicação do método, que seu marido garantiu que iria cuidar bem das crianças (sugestão direta).

*** Humor depressivo:** tristezas, mágoas, sentimentos de abandono, esvaziamento, porque sua mãe morreu e não lhe deu o “último copo de leite”, que simboliza os aspectos acima.

Para trabalhar este aspectos, orientamos M.I. para visualizar:

- Uma casa onde moram muitas crianças e ela, M.I., carrega um recém-nascido, cuidando de forma simbólica de sua “criança interna” que se sentiu abandonada (dissociação e sugestão indireta).
- A imagem de uma vivência feliz do passado: sentir-se criança, protegida, nos braços da mãe (dissociação e sugestão indireta).
- A imagem de uma vivência feliz do passado associada ao momento presente: ver-se adulta, na idade atual, nos braços da mãe, protegida; esta imagem foi induzida com o objetivo de condensar (sentido analítico do termo: integrar vários significados a um único símbolo), a proteção vivida no passado com o momento presente (dissociação e sugestão indireta).
- Uma casinha acolhedora com flores e varanda, onde ela, confortavelmente, senta-se; com o objetivo de ajudá-la a sentir-se protegida (dissociação e sugestão indireta).
- A imagem de uma árvore frondosa e frutífera onde a paciente senta-se e saboreia os frutos, obtendo uma sensação de preenchimento, sustentação, amparo e contato com sua natureza espiritual (dissociação e sugestão indireta).

*** Humor depressivo:** culpa diante das perdas, subdividida em dois aspectos:

- Culpa-se por ter perdido a oportunidade de ter tido uma vida mais feliz.
- Culpa-se por sua doença, entende-a como uma punição e culpa-se por não conseguir curar-se.

Ambos os aspectos foram trabalhados pela psicóloga das seguintes formas:

Pontuação verbal dessa culpa e esclarecimento para M.I. de que exigir de si mesma uma remissão do câncer, no estádio em que este se encontrava, era tarefa frustrante e impossível, mas, por outro lado, era possível buscar a paz interior, criar um clima afetivo na família e despedir-se da vida fazendo as pazes consigo mesma (sugestão direta).

Orientação para a paciente visualizar-se tomando um banho de cachoeira e imaginar que estava lavando, simbolicamente, suas tristezas, mágoas e medos (dissociação e sugestão indireta).

Afirmação para M.I. imaginar-se sentada sob uma árvore frondosa e, nesse local, entrar em contato com a beleza do Universo, integrar-se com ela, e entrar em contato com a sua própria beleza interna, suas qualidades (sugestão direta).

Pontuação, durante a aplicação da técnica, que doenças não são um castigo de Deus e sim, são consequências de diversos fatores relacionados à constituição humana e ela, paciente, não estava expiando nenhuma possível culpa (sugestão direta).

Dor espiritual

*** Medo da morte e do pós-morte descrito no pavor de ser enterrada viva.**

*** Idéia da espiritualidade como algo sufocante e tenebroso, vinculada à culpa que sentia perante Deus.**

Estes aspectos da dor espiritual foram trabalhados da seguinte forma:

Orientação para a paciente, por dissociação e sugestão indireta, para a idéia de que podemos desfocar nossa atenção das tristezas oriundas do sofrimento causado pela doença, e focá-la em pensamentos que despertem sensações de paz e tranquilidade, através das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais integradas à espiritualidade. O processo foi explicado por meio de uma metáfora, comparando-se a mente humana a um aparelho de TV: da mesma forma que podemos sintonizar um aparelho de TV a vários canais, também podemos focar nossa atenção em um “canal” de pensamentos tristes, relacionados ao sofrimento e à doença ou em um “canal” de pensamentos tranquilos, motivados por imagens mentais belas.

Informação para M.I. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma experiência de quase morte e voltaram a viver; sobre o mundo espiritual que esses pacientes visualizaram e os seres de luz que contataram (sugestão direta).

Afirmação para M.I. do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma

experiência de quase morte, de que, ao se imaginar cenários belos, pode-se, através do pensamento, visualizar possíveis mundos espirituais permeados de amor e paz (sugestão direta).

Orientação para a paciente procurar sentir-se envolvida pelo amor de Cristo; um amor que não julga, não acusa, não culpa, apenas compreende, perdoa, ajuda, protege (sugestão direta).

Orientação para a paciente visualizar um caminho dourado como o sol e seres de luz, emissários de Cristo, ser espiritual escolhido pela paciente, protegendo-a, amparando-a, envolvendo-a em amor universal, bondade, carinho (sugestão direta).

Afirmação para a paciente, durante o exercício da última sessão, sentir que tudo o que tinha para fazer nesta vida estava concluído. Não havia certo ou errado. Ela havia feito o que podia dentro de suas possibilidades, havia aprendido com as experiências. Agora tinha chegado a hora de partir, de ligar-se a sentimentos de paz, amor, bondade, proteção e entrar no mundo espiritual (sugestão direta).

Terceira paciente: I.F.R., sexo feminino, 37 anos, casada, dois filhos (adultos), residente em Campinas, portadora de neoplasia maligna, câncer inflamatório da mama direita, estádio IIIB, metástases no fígado e pulmões, apresentava dispnéia importante e estava usando cateter. Foi realizada com esta paciente uma única sessão para contrato do trabalho psicoterapêutico, na qual ela não aceitou a proposta. Nesta data a paciente encontrava-se clinicamente mal e no período final da fase fora de possibilidade de cura.

Sua sobrinha justificou a recusa explicando que I. não podia ouvir música porque era evangélica. A psicóloga/pesquisadora informou à paciente que a visualização poderia, neste caso, ser orientada sem música, mas I. afirmou que não queria atendimento, “queria apenas remédio para melhorar a dispnéia”.

Como apresentava dificuldade para falar devido à dispnéia, foi informada que, se desejasse, seus atendimentos consistiriam de orientações para o desenvolvimento dos exercícios mentais e não precisaria conversar. I. repetiu que não queria atendimento.

Importante esclarecer que na época em que esta paciente recebeu o diagnóstico de câncer, segundo relato do Serviço de Psicologia do CAISM, apresentava humor alterado, sofrimento psíquico intenso e negava a gravidade de sua doença. Através do rebaixamento dos mecanismos de defesa, entrou em contato com a enorme angústia que sentia perante essa realidade.

Observamos que de acordo com as fases propostas por Kübler-Ross (1996) – negação, raiva,

barganha, depressão e aceitação – esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase negação.

Os aspectos que compõem a dor simbólica da morte dessa paciente não foram identificados, porque ela não aceitou ser atendida por este método e consequentemente não houve ressignificação de sua dor psíquica e de sua dor espiritual.

O dado que esta paciente nos trouxe foi **não aceitar o atendimento**, o que inviabilizou o trabalho. Podemos inferir que a recusa de I. ao método proposto neste estudo, pode estar ligada a sua dinâmica intrapsíquica. Conforme relato da psicóloga que a atendeu na época do diagnóstico, I. demonstrava utilizar-se do mecanismo de defesa negação, para não entrar em contato com a enorme angústia que sentia diante da realidade. Talvez, para esta paciente, atendimentos significassem uma grande ameaça porque favorecem contato com o mundo interno.

A aceitação de um trabalho psicoterapêutico pressupõe, como requisito básico, uma disponibilidade psíquica do paciente para estabelecer uma aliança terapêutica com o profissional. A aliança terapêutica, segundo Etchegoyen (1989), reproduz aspectos pré-genitais, reproduz a relação diádica com a mãe e com o pai, as quais quando solucionadas de forma adequada possibilitam a resolução da confiança básica (D' Andréa, 1991) e também sustentam a possibilidade de o indivíduo vir a distinguir a realidade externa da interna.

Não sabemos do histórico de vida desta paciente e por esta razão não podemos afirmar que a recusa de I. em ser atendida esteja vinculada a uma solução inadequada da confiança básica que favorece a aliança terapêutica, mas, podemos constatar, que a **recusa da paciente em ser atendida é o limite deste trabalho**.

Observamos também que, além da condição interna do paciente para estabelecer uma aliança terapêutica com o profissional, neste trabalho específico de relaxamento mental, visualização de imagens mentais e espiritualidade, **querer, aceitar, permitir-se relaxar e visualizar é opção e tarefa única do paciente**. Só o próprio paciente pode efetivamente direcionar sua imaginação para mundos belos e positivos. Mesmo sendo o terapeuta quem sugere e orienta, é sempre o paciente que quer, aceita e permite-se adentrar, com sua imaginação, além da doença, do sofrimento, do seu mundo físico percebido pelos cinco sentidos.

I. nos mostrou que a **aceitação do paciente é o limite do trabalho**.

Observamos que esta paciente, com a qual não foi possível trabalhar a ressignificação da dor simbólica da morte, apresentou uma péssima qualidade de morte.

Segundo nos relatou a auxiliar de enfermagem do serviço de oncologia do CAISM-UNICAMP, que acompanhou o óbito da paciente, I. estava com muito medo de morrer e por essa razão solicitava a enfermagem a “todo instante”. Foi a óbito com dispnéia intensa, desespero, angústia e aflição.

Sabemos que a variável dispnéia contribuiu para intensificar o sofrimento frente à morte, mas, comparando-se esta paciente com J.C.B., adolescente atendido no projeto-piloto, observamos que J.C.B. apresentava no seu processo terminal quadro clínico semelhante ao de I.F.R. e, por esta razão, esperava-se que ele morresse com muita aflição, o que não aconteceu. O paciente morreu de forma muito serena, escutando a música oferecida para relaxamento mental e sendo orientado pela psicóloga/pesquisadora para visualizar as paisagens de que gostava.

Quarta paciente: R.M.F.F.A., sexo feminino, 40 anos, casada, dois filhos (adolescentes), residente em Campinas, portadora de neoplasia maligna, carcinoma da mama direita, com metástase cerebral e metástase na outra mama. Foram realizadas uma sessão de atendimento hospitalar com a paciente, duas sessões de atendimento domiciliar familiar e uma sessão familiar domiciliar pós-óbito.

Quando iniciamos a aplicação do método descrito neste estudo, a paciente apresentava quadro clínico ruim, o qual evoluiu para óbito em quinze dias; seu marido havia sido informado, pela médica responsável do setor de cuidados paliativos do CAISM, UNICAMP, que ela estava fora de possibilidade de cura, e por esta razão estava preparando os filhos para a morte da mãe. A paciente, por sua vez, segundo o marido, tinha consciência da gravidade do seu estado clínico, conversou com ele e com os filhos sobre esta questão, mas, nas sessões, apresentou dificuldade para entrar em contato com tal fato e afirmou que não aceitava ter ficado doente.

R. na primeira sessão, hospitalar, interessou-se pelo método proposto e afirmou ter gostado da postura da psicóloga/pesquisadora e da forma de abordagem. Na segunda sessão, domiciliar, apresentou ambivalência, por um lado participou do atendimento, afirmou ter gostado do método e mostrou beneficiar-se com ele, e por outro mostrou resistência em deixar-se cuidar. Afirmou, falando sobre ter empregada em casa, que não gostava muito de ajuda porque se sentia limitada na sua autonomia, invadida na sua privacidade. Pareceu à psicóloga/pesquisadora que R. estava também referindo-se, de forma ambivalente, ao atendimento. As tias de seu marido e este confirmaram esta hipótese, quando afirmaram que o comportamento de não aceitar ajuda era típico da personalidade de R.

Na véspera de sua morte recusou o atendimento com a psicóloga/pesquisadora, afirmando que desejava, apenas, ser cuidada por seu marido. Como R. tinha aceitado, interessado-se e beneficiado-se com o relaxamento mental, visualização de imagens mentais e espiritualidade, nos atendimentos anteriores, demos continuidade à aplicação do método através de M. (o marido).

No histórico de vida da paciente observamos vida familiar bem estruturada e qualidade de relacionamento muito bom, com o marido e com os filhos. Por outro lado, observamos algumas vivências de sofrimento importantes pela morte de parentes da família de extensão, incluindo sua sogra que também morreu de câncer.

Observamos que frente às fases propostas por Kübler-Ross (1996) – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – esta paciente oscilava entre as fases raiva, barganha e depressão.

Identificação da dor simbólica da morte: dor psíquica e dor espiritual

Diante da dor simbólica da morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos:

Dor psíquica

* **Humor depressivo:** tristeza pela perda da vida, da saúde, trabalhada através dos seguintes aspectos:

Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para a idéia de que seu corpo estava doente, mas seu espírito poderia sentir-se livre e, através das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais integradas à espiritualidade, ela poderia alcançar um mundo espiritual belo.

Orientação para paciente imaginar-se sentada em um campo florido e, neste local, procurar sentir a beleza do Universo, integrar-se com esta beleza e pensar em todas as coisas boas que tinha na vida, as quais, apesar da doença e do limite do corpo, continuava tendo, como por exemplo, o amor do seu marido e da sua família. Esta orientação visou desfocar o pensamento da paciente do quadro de tristezas e mágoas pela perda da saúde e focá-lo nos aspectos positivos e sadios da sua vida. (dissociação e sugestão indireta).

Essa dor psíquica foi parcialmente minimizada, pois, após o exercício mental da segunda sessão, ela comentou que este foi bom, mas seria melhor se ela estivesse usufruindo destas sensações no plano físico, ou seja, seria melhor se não tivesse adoecido e perdido a saúde. Por outro lado, esclarecemos que trabalhamos esta mesma temática, acima descrita, para ressignificar a dor espiritual: medo da morte e do pós-morte e, em

relação a este aspecto da dor simbólica da morte, alcançamos bons resultados, pois a paciente se acalmava com a música que induzia ao relaxamento e morreu escutando-a. No momento do óbito estava tranqüila e serena, segundo o marido.

* **Humor depressivo:** culpa por fazer seus familiares sofrerem.

Não foi possível trabalhar esse aspecto. A paciente mostrou muita dificuldade para entrar em contato com esta dor psíquica. Sempre que aproximava-se desse assunto tinha ânsias de vômito e mostrava o desejo de interromper a conversa. Mudado o rumo do assunto a paciente voltava a falar. Dada sua fragilidade e a gravidade de seu estado clínico, optamos por respeitar esse limite que R. sinalizou e não trabalhamos esta dor: culpa por fazer seus familiares sofrerem. Trabalhamos o sofrimento do seu marido e dos seus filhos através das sessões de orientação familiar.

Dor espiritual

* **Medo da morte e do pós-morte relacionando-a com solidão e tristeza, trabalhado através dos seguintes aspectos:**

Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para a idéia que seu corpo estava doente e por esta razão, ela estava envolvida em tristezas, mas seu espírito poderia sentir-se livre e, através das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais integradas à espiritualidade, ela, paciente, poderia alcançar um mundo espiritual belo. A paciente foi orientada para visualizar um cenário imaginário belo, com imagens escolhidas por ela própria e acrescidas de figura simbólica de alegria e leveza introduzida por esta psicóloga – pesquisadora (golfinhos), pelos símbolos de transformação citados por Jung (1986a) – vegetação, água – e por um elemento descrito pelos pacientes que vivenciaram uma experiência de quase morte (caminho dourado).

Afirmação, para R., do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma experiência de quase morte, de que, ao imaginarmos cenários belos, podemos estar nos ligando, através do pensamento, a possíveis mundos espirituais permeados de amor e paz (sugestão direta).

* **Medo da morte e do pós-morte relacionando-a com experiências anteriores permeadas de muito sofrimento, trabalhado através de:**

Resgate da culpa dessas experiências (sugestão direta).

Orientação para a paciente imaginar-se mergulhando no mar e sentindo as ondas batendo em seus

ombros, na sua cabeça, levando, simbolicamente, toda tristeza, toda mágoa para a areia (dissociação e sugestão indireta).

Quinta paciente: D.Z.M., sexo feminino, 75 anos, viúva, um filho adotivo falecido, residente em Campinas, portadora de neoplasia maligna, carcinoma de ovário, estadios IV e oclusão intestinal, foi submetida à cirurgia de laparotomia exploradora, foi colostomizada e apresentava-se com metástase no fígado.

Foram realizados dois atendimentos hospitalares para a paciente, uma sessão de orientação familiar e uma correspondência por *e-mail* com a sobrinha em substituição à sessão com familiares pós-óbito.

Quando iniciamos a aplicação do método descrito neste estudo, a paciente apresentava quadro clínico muito ruim, o qual evoluiu para óbito no dia seguinte.

Mostrou-se, logo no início do primeiro atendimento, muito assustada e vulnerável. Afirmou não estar bem e, ao mesmo tempo, demonstrou estar com muito medo de enfrentar esta realidade, apresentando, de imediato, a dor espiritual: medo da morte e do pós-morte.

De acordo com dados colhidos no prontuário da paciente, ela, no início do tratamento, cinco meses atrás, mostrava-se deprimida porque achava que não tinha muito tempo de vida, estava sensibilizada com a situação da sua saúde, consciente da gravidade da sua doença, sentia-se inválida e fracassada e com histórico de vida permeado de perdas significativas.

D., apesar de sua fragilidade clínica, investigou com atenção a proposta desta intervenção psicoterapêutica antes de aceitá-la. Após ter compreendido e experimentado o método, afirmou que tinha gostado muito. Vinculou-se de forma positiva e satisfatória à psicóloga/pesquisadora.

Observamos que de acordo com as fases propostas por Kübler-Ross (1996) – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – esta paciente encontrava-se de forma predominante na fase depressão.

Identificação da dor simbólica da morte: dor psíquica e dor espiritual

Perante a dor simbólica da morte foram identificados e trabalhados os seguintes aspectos:

Dor psíquica

* **Humor depressivo:** tristezas e culpas diante de perdas que sofreu durante a vida, incluindo a perda do filho. Observamos que perante morte iminente, esta dor psíquica apresentou-se secundária em relação à dor espiritual. Visando otimizar a ressignificação desta última, trabalhamos o humor depressivo: tristezas e culpas

perante as perdas, incluindo a perda do filho, através de sugestão direta, durante o exercício mental. Afirmamos que seus sofrimentos foram vivências difíceis pelas quais ela passou, mas estes fatos não aconteceram para castigá-la ou por culpa dela. A paciente diante dessa afirmação suspirou e mostrou-se mais relaxada.

Dor espiritual

* **Medo da morte e do pós-morte frente à percepção da iminência da mesma, trabalhado através dos seguintes aspectos:**

Orientação do pensamento da paciente, por dissociação e sugestão indireta, para a idéia que podemos desfocar nossos pensamentos das tristezas oriundas do sofrimento causado pela doença, e focá-lo em pensamentos que despertem sensações de paz e tranquilidade através das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais integradas à espiritualidade. O processo foi explicado para a paciente, através de uma metáfora, comparando-se a mente humana a um aparelho de TV, conforme citado anteriormente.

Informação para D. sobre os relatos dos pacientes que passaram por uma experiência de quase morte e voltaram a viver normalmente, incluindo a descrição do mundo espiritual que visualizaram e os seres de luz que contataram (sugestão direta).

Afirmação para D. do pressuposto, fundamentado no relato dos pacientes que vivenciaram uma experiência de quase morte que, ao imaginar-se cenários belos, pode-se, através do pensamento, estar visualizando possíveis mundos espirituais, permeados de amor e paz (sugestão direta).

Orientação para a paciente visualizar um cenário imaginário belo, com imagens escolhidas por ela própria e acrescidas de elementos simbólicos que representassem alegria, ternura, doçura e uma “ponte entre o céu e a terra”, introduzidos pela psicóloga/pesquisadora (crianças, flores e arco-íris), pelos símbolos de transformação citados por Jung (1986a) – árvores e água – que haviam sido escolhidos pela própria D. e por elementos descritos pelos pacientes que vivenciaram uma experiência de quase morte (caminho dourado e seres de luz ligados a cristo, que irradiam amor e paz) (dissociação e sugestão indireta).

Afirmação para D. não ter medo da morte, direcionar seu pensamento entregar-se para o lugar descrito na visualização e entregar-se para os seres de luz (sugestão direta).

* **Sensação de fracasso perante o sentido da vida e da morte, trabalhado através dos seguintes aspectos:**

Resgate das culpas e das tristezas acima citadas na dor psíquica (sugestão direta).

Orientação para D. visualizar-se entrando na parte rasa de um lago azul, visualizar-se brincando na água, mergulhando e sentindo todas as tristezas e mágoas sendo levadas embora. Esclarecemos que através da água, que pode ser um elemento de transformação segundo Jung (1986a), procuramos orientá-la para simbolicamente ressignificar o seu sentido da vida e da

Quadro 1 Resumo dos elementos simbólicos sugeridos para os pacientes, no desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica; relaxamento mental, visualização de imagens mentais e espiritualidade

Orientação para o paciente respirar lenta e profundamente, imaginar o oxigênio sendo inalado na cor azul céu ou branca (cores frias, calmantes) e sendo transportado para todos os órgãos do seu corpo, principalmente os que estivessem apresentando dor.

Orientação para o paciente focar sua atenção na música suave, escolhida de acordo com o seu próprio gosto.

Caminho luminoso dourado como o sol, com um céu muito azul.

Campo verde, árvore frondosa frutífera, cercada por flores perfumadas amarelas, vermelhas, cor de rosa, brancas e lilás.

Cachoeira e lago situados em um campo verde.

Brisa suave.

Casal de passarinhos ensinando o filhote a voar e este aprendendo.

Praia deserta e bonita; areia branca, mar azul e calmo, com golfinhos ao longo desse mar, brincando.

Campo verde com milhares de flores cor de rosa perfumadas e pássaros que voavam entre elas.

Bosque com lago azul, céu azul brilhante e árvores verdes.

Parque com crianças alegres correndo, flores multicoloridas e arco-íris.

Casinha acolhedora com flores no jardim e varanda confortável.

Visão do paciente como criança, nos braços da própria mãe.

Visão do paciente como adulto, nos braços da própria mãe.

Sugestões diretas minimizando culpas e fortalecendo a confiança quanto à educação dos filhos após a morte do paciente.

Sugestão direta para despedir-se desta vida e entrar em um mundo espiritual belo e cheio de paz.

Afirmação para o paciente sentir a beleza do Universo, integrar-se a esta beleza e sentir sua própria beleza, suas qualidades internas.

Afirmação para o paciente visualizar seres espirituais de luz que oferecem amparo, proteção e irradiam amor incondicional, bondade, carinho.

Afirmação para o paciente visualizar N. Senhora protegendo-o e envolvendo-o em seu manto azul.

Afirmação para o paciente sentir o amor de Cristo envolvendo-o.

morte, o qual observamos, permeado de tristezas, perdas e mágoas (dissociação e sugestão indireta).

Discussão

Observamos que a inter-relação mente/corpo é fato comprovado pelos mais diversos cientistas e que as técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais são instrumentos poderosos e importantes para influir nesta inter-relação e promover cura ou Qualidade de Vida para pacientes portadores de enfermidades orgânicas (Achterberg, 1996; Carvalho, 1994a, 1994b; Caudill, 1998; Epstein, 1990; Lang, 2000; Mayol, 1992; Montagu, 1988; Rosen, 1994; Siegel, 1989; Simoton et al., 1987; Tucker, 1999;).

Na pesquisa referida neste artigo, nos coube integrar às técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais, os elementos que compõem a questão da espiritualidade e observar que esta integração foi aspecto importante para a ressignificação da dor simbólica da morte de pacientes fora de possibilidade de cura, visto que as experiências de quase morte (EQM) nos oferecem dados para pressupor que a morte é um momento de transição entre a vida física e a vida espiritual.

Kübler-Ross (1998) depois de trabalhar por trinta anos com pacientes terminais e entrevistar milhares de pessoas que estiveram no estado de pré-morte e voltaram a viver, concluiu que não há porque ter medo da morte. A experiência de morrer pode ser a mais deslumbrante de toda a vida: depende de como a pessoa viveu. Afirmou que a morte é apenas uma transição da vida para outra existência e que para se viver dignamente o processo de morrer deve-se viver verdadeiramente até a hora da morte. Viver verdadeiramente, segundo essa médica psiquiatra, é fazer o que se gosta de fazer e aprender a mais difícil das lições: o amor incondicional.

Saunders (1991), que iniciou nas últimas décadas o movimento de criação dos *Hospices* na Inglaterra, locais onde eram e são oferecidos cuidados paliativos aos pacientes fora de possibilidade de cura, formulou, em 1967, o conceito de dor total que inclui a dor física (sensação dolorosa associada a lesões reais), a dor psíquica (medos do sofrimento, da morte, do desconhecido, tristezas, raiva, revolta, perdas, inseguranças, incertezas, desespero, depressão), a dor social (isolamento, rejeição, abandono, mudanças de papéis, dependência, inutilidade) e a dor espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, do submeter-se, das culpas perante Deus, busca de fé, de conforto espiritual). Posteriormente acrescentou as dimensões da dor financeira e mental do paciente, incluindo também

a dor dos familiares e da equipe médico-hospitalar nos seus cuidados.

Saunders (1991) e Kübler-Ross (1996, 1998) modificaram o enfoque do tratamento oferecido aos pacientes em estágio terminal, geraram uma nova área de abordagem clínica intitulada cuidados paliativos e foram, des sa forma, responsáveis pela alteração do “não há nada mais a fazer”, no caso do paciente fora de possibilidade de cura, pelo “há muito que fazer” por esses pacientes, quando desfo-camos nossa atenção do “curar” para o “cuidar”. Através da integração das técnicas de relaxamento mental e visualização de imagens mentais com os elementos que compõem a natureza da Espiritualidade encontramos um método para operacionalizar este “cuidar” proposto por Saunders (1991) e Kübler-Ross (1996, 1998).

Segundo a nomenclatura definida por Miller (1997) o pós-morte está classificado em quatro etapas: lugar de espera, julgamento, reino das possibilidades e retorno ou renascimento. A proposta desse estudo, criar o cenário de um mundo imaginário espiritual belo e reconfortante, está muito próxima da etapa descrita por Miller (1997) como lugar de espera, onde tanto para os mortos quanto para os vivos, a realidade da mudança começa a aprofundar-se. Através do método relaxamento mental, visualização de imagens mentais e espiritualidade os pacientes puderam, ainda em vida, conscientizar-se de sua transformação de ser físico em ser espiritual, de forma serena e digna.

Segundo Del Porto (2000), a característica mais típica dos estados depressivos é a prevalência de sentimentos de tristeza e vazio. No plano psíquico um sintoma importante da depressão é o humor depressivo, caracterizado por sensações de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa.

A dor simbólica da morte é composta pela dor espiritual e pela dor psíquica, a qual está vinculada aos estados depressivos permeados de tristezas, medos, angústias e culpas. Esses aspectos depressivos que compõem a dor psíquica alicerçam a dor simbólica da morte e sobre a dor espiritual, esses aspectos se projetam.

Rank *apud* D’ Andrea (1991), baseando-se em sua experiência clínica, afirma que o nascimento constitui um trauma com o qual o indivíduo jamais se reconcilia. Muitas pessoas que não se adaptam às exigências do mundo externo parecem procurar durante toda a vida reconstruir simbolicamente as condições de vida intra-uterina. Mesmo que julguemos exageradas as afirmações de Rank, é preciso levar em conta que o grau de sucesso da experiência do nascimento contribui fortemente na impressão que o ser humano terá da vida. Naturalmente a impressão não é algo consciente, mas um registro na personalidade, a qual poderá fundamentar os tipos de

reação às experiências futuras. O nascimento constitui a primeira reação de separação, das muitas que o indivíduo terá que sofrer durante o seu desenvolvimento. Neste sentido, o recém-nascido não tem outra alternativa senão viver a própria “angústia” do desligamento, a qual pode ser considerada o protótipo do fenômeno psicológico da angústia que aparecerá mais tarde nas diversas fases do desenvolvimento.

Existe um paralelo entre o nascimento e a morte porque são polaridades de uma mesma realidade, a de VIVER. Compreendendo-se a dor simbólica do nascimento como a angústia de desligamento, angústia básica, podemos também compreender a dor simbólica da morte como ligada à angústia de desligamento de forma inversa, dentro das dimensões psíquicas e espirituais.

A promessa da morte e a experiência do morrer, mais do que qualquer outra força na vida, é o que leva o ser humano à evolução. A morte é parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, tanto quanto o nascimento. A morte é uma parte da existência. A morte não é um mal a ser extirpado, um inimigo a ser combatido ou uma prisão de onde devemos escapar, mas sim parte integrante de nossa vida e que dá significado à existência humana (Kübler-Ross, 1996).

A citação acima de Kübler-Ross (1996) sugere que a vida é um espaço de tempo delimitado entre o nascer e o morrer. O fato de haver um limite nos impele a fazer algo produtivo, útil e belo. Isto significa encontrar um significado positivo, digno e verdadeiro para o presente. Um significado que traga paz, crescimento, luz, força interior, beleza, sentimentos de amor e ampliação da consciência de si e do mundo. Cindir o processo de morrer da vida é deixar de viver antes da morte.

Tolstói (1998), em seu conhecimento inato, descreveu a terrível solidão do paciente no seu processo de morrer, pela ocultação da verdade em *A morte de Ivan Ilitch*. O personagem Ivan Ilitch viveu seu tormento maior não exatamente pela doença que o consumia, mas pela mentira, a qual era aceita por todos, familiares, amigos e ele próprio. Dizia-se que ele estava apenas doente, mas não morrendo, que ele poderia ficar calmo, confiar nos médicos e, de alguma forma, curar-se-ia. Ele, no seu íntimo, assim como todos, sabia que isso era mentira, e por causa dessa farsa, vivia sua dor, sua terrível solidão. Não lhe foi dada a oportunidade de viver a verdade: ficar calmo para poder morrer em paz. Não lhe foi dada a oportunidade de um trabalho terapêutico que lhe possibilitasse uma ressignificação do processo de morrer, compartilhada com todos, para que pudesse chegar à morte com dignidade e em paz.

A tentativa de nos debruçarmos sobre o assunto morte e o morrer é freqüentemente tomada como algo

mórbido e de mau gosto. Todos nós temos a experiência de termos ouvido, incontáveis vezes, pessoas declararem que a morte ideal é aquela acontecida durante o sono, sem que estivesse sequer doente, sendo a pessoa vitimada por algum mal súbito. Isso é o que nossa cultura atualmente propõe: a morte como surpresa, sem que nos dê tempo de que a percebamos, de que soframos qualquer angústia em função do morrer. E aqui não nos referimos à dor física, mas ao sofrimento oriundo do medo. Se estabelecermos contato com a idéia de nossa própria finitude, dificilmente deixaremos de viver um processo de ressignificar a vida e, conseqüentemente, transformarmos nossa relação com o viver, dando geralmente, uma nova qualidade a esse ato. (Carvalho, 1996).

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, e a ausência de sofrimento nessas áreas. Dessa forma, como cita Kovács (1999), qualidade de vida e cuidados à dor estão intimamente relacionados.

Também é fato que algumas mortes são melhores que outras. Algumas vezes, apesar de tratamento médico adequado, serviço social atencioso, o paciente morre de uma forma muito ruim, com muita aflição e inadequado enfrentamento. As diferenças entre uma “morte ruim” e uma “boa morte” não podem ser descritas simplesmente considerando-se o grau e a quantidade de sintomas físicos ou o poder econômico do paciente. Esperança, verdade e a qualidade da sobrevivência são fatores importantes inter-relacionados para uma “boa morte”. Esperança é um sentimento intangível, imensurável e muito real. A esperança é fruto do otimismo, da expectativa e da aceitação positiva do passado, tanto em relação aos sucessos como aos fracassos. A esperança é indicada para fortalecer pessoas na adversidade porque esta é a sua característica, a sua função (Weisman, 1979).

Ao trabalharmos a dor simbólica da morte dos pacientes terminais através da intervenção psicoterapêutica proposta – relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade –, oferecemos a esses pacientes a oportunidade de reencontrarem esse sentimento de esperança. Por mais paradoxal que possa parecer, trabalhamos a morte e o processo de morrer através da energia de vida, construtiva e amorosa.

Jung (1986b) relata que Paracelso, já no século XV, tecia considerações sobre a inter-relação entre soma e psique e sobre a importância de se integrar aspectos espirituais à prática médica.

Paracelso afirmava que: “Tal como o homem imagina ser, assim será. Ele é aquilo que imagina ser. O homem é uma oficina de trabalho visível e invisível. A

oficina visível é o seu corpo, a invisível é a imaginação... a imaginação é o sol na mente do homem... O espírito é o mestre, a imaginação é o instrumento, e o corpo é o material plástico... O poder da imaginação é um grande fator na medicina. Pode causar doenças... e pode curá-las... Os males do corpo podem ser curados por meio de remédios físicos ou pelo poder do espírito que age através da mente”.

Em relação aos aspectos espirituais, Paracelso no *Liber de caducis* faz as seguintes referências sobre a atitude do médico em relação ao doente: “Em primeiro lugar, e antes de qualquer coisa, é preciso mencionar a compaixão que deve ser inata no médico. Onde não existe amor, não haverá arte e do trabalho com amor será alcançada a arte da medicina. O médico deve estar imbuído de não menos compaixão e amor, do que Deus tem para com os homens”.

Também observamos, no nosso trabalho com pacientes terminais, que é muito importante que o terapeuta tenha em sua personalidade características como: suporte para acolher a angústia de morte do paciente, sensibilidade para compreendê-la, estrutura emocional para não se deixar invadir por ela, conhecimento para manejá-la e uma boa resolução pessoal em relação a perdas e à morte em si.

Conclusão

Observamos que é possível obterem-se bons resultados, frente aos objetivos propostos, aplicando-se este método – relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade –, nos seguintes períodos da fase fora de possibilidade de cura: a) **período inicial**, em paciente que não apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante; b) **do período inicial até o período final e óbito**, em paciente que apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante; c) **no período final até o óbito**, tanto em paciente que não apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante como em paciente que apresentou histórico de vida permeado de sofrimento psíquico e espiritual importante.

De acordo com as fases propostas por Kübler-Ross (1996) – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – a primeira e a quinta paciente encontravam-se predominantemente na fase depressão, a terceira encontrava-se predominantemente na fase negação, e a segunda e a quarta oscilavam entre raiva, barganha e depressão. Observamos que o método proposto favoreceu a entrada na fase aceitação das quatro pacientes que concordaram em ser atendidas pelo método proposto neste estudo.

A informação sobre as pesquisas com pacientes que vivenciaram uma experiência de quase morte, a partir das quais estruturamos os elementos que compõem a **Espiritualidade, foi aspecto muito importante para a ressignificação da Dor Simbólica da Morte** das quatro pacientes que consentiram em participar deste estudo e para a aceitação, dos familiares, da morte iminente do parente.

De forma geral, as sessões de orientação familiar contribuíram para a ressignificação da dor simbólica da morte do paciente e favoreceram um melhor enfrentamento dos parentes, perante a morte iminente do mesmo.

Recomendamos que esta intervenção psicoterapêutica – relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade – seja aplicada no período inicial da fase fora de possibilidade de cura, apenas por psicólogos e psiquiatras, porque neste período, diante da dor simbólica da morte, a dor psíquica está equiparada à dor espiritual.

Consideramos, por outro lado, que no período final da fase fora de possibilidade de cura esta intervenção psicoterapêutica pode ser desenvolvida por outros profissionais da área da saúde, como enfermeiros, médicos sem formação em psiquiatria, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e capelães que tenham formação acadêmica, porque, neste período, a dor espiritual, representada principalmente pelo medo da morte e do pós-morte, é o sofrimento mais relevante. Estamos, na nossa Tese de Doutorado, desenvolvendo um Programa de Treinamento para os profissionais citados, sobre esta intervenção psicoterapêutica: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade.

Para finalizar este artigo, relatamos que no século XIX, a esposa de Henri Guillaumet, médico neurologista, colaborador de Charcot no Hospital Salpêtrière, foi curada de tuberculose importante, avançada, pela água milagrosa que brotava da gruta, onde Nossa Senhora de Lourdes aparecia para a camponesa e posteriormente enfermeira Bernadete Saubirous. Esse médico concluiu, após experimentar um profundo conflito entre acreditar apenas nos dados obtidos pela ciência clássica, racional, concebida por Descartes ou aceitar a existência de uma realidade que transcende a percepção dos cinco sentidos, que um cientista não pode temer a Verdade. Deus não nega a ciência e a ciência não exclui Deus, o Criador (Gasparini, 2000).

Referências bibliográficas

ACHTERBERG, J. – *A Imaginação na Cura: Xamanismo e Medicina Moderna*. Summus Editorial, São Paulo, 1996. 236p.

- BRADY, M.J.; PETERMAN, A.H.; FITCHETT, G; MO, M.; CELLA, D. – A Case for Including Spirituality in Quality of Life measurement in Oncology. *Psychooncology* 8(5): 417-28, 1999.
- BURTON, L.A. – The Spiritual Dimension of Palliative Care. *Semin Oncol Nurs* 14(2): 121-8, 1998.
- CARVALHO, M.M.J. – A Hipnoterapia no Tratamento da Dor. In: CARVALHO, M.M.J.: *Dor, um Estudo Multidisciplinar*. Summus Editorial, São Paulo, pp.222-47, 1999.
- CARVALHO, M.M.J. – O Sofrimento da Dor no Câncer. In: CARVALHO, M.M.J.: *Introdução a Psiconcologia*. Editorial Psy II, Campinas, pp.103-18, 1994a..
- CARVALHO, M.M.J. – Visualização e Câncer. In: CARVALHO, M.M.J.: *Introdução a Psiconcologia*. Editorial Psy II, Campinas, pp.161-72, 1994b.
- CARVALHO, V. – A Vida que Há na Morte. In: BROMBERG, M.H. (org.): *Vida e Morte: Laços de Existência*. Casa do Psicólogo, São Paulo, pp.35-75, 1996.
- CAUDILL, M. – *Controle a Dor antes que Ela Assuma o Controle: um Programa Clinicamente Comprovado*. Summus Editorial, São Paulo, pp.48-66, 1998.
- D'ANDREA, F.F. – *Desenvolvimento da Personalidade*. 10ªed. Editora Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 1991. 185p.
- DEL PORTO, J.A. – Conceito de Depressão e seus Limites. In: LAFER, B.; ALMEIDA, D.P.; FRÁGUAS JR, R.; MIGUEL, E.C. – *Depressão no Ciclo de Vida*. Artes Médicas, Porto Alegre, pp.20-36 2000.
- ELIAS, A.C.A. – *Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Ressignificação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais*. Dissertação de Mestrado apresentada a Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 2001. 331p.
- ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar: O Psicólogo e a Dimensão Espiritual do Paciente. *Revista Estudos de Psicologia* 18(3): 23-32, 2001a.
- ELIAS, A.C.A.; GIGLIO J.S. – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Ressignificação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais. *Revista Brasileira De Cancerologia* 16: 14-22, 2001b.
- ELIAS, A.C.A. – Um Jeito mais Brando de Enfrentar a Morte. *Revista VIVER Psicologia* 80: 14-6, 1999.
- EPSTEIN, G – *Imagens que Curam*. 6ª ed. Xenon Editora, Rio de Janeiro, 1990. 239p.
- ETCHEGOYEN, R.H. – *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. 2ª ed. Artes Médicas, Porto Alegre, pp.19-20, 1989.
- FIGUEIRÓ, J.A.B. – Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos da Experiência Dolorosa. In: CARVALHO, M.M.J. (org.): *Dor, Um Estudo Multidisciplinar*. Summus Editorial, São Paulo, pp.140-158, 1999.
- FREUD, S. – *Obras Psicológicas Completas*. Imago Editora, Rio de Janeiro, vol. XXIII, pp.165-237, 1975.
- FIORINI, H.J. – *Teorias e Técnicas de Psicoterapias*. 9ª ed. Francisco Alves Editora, Rio de Janeiro, 1991. 233p.
- FRYBACK, P.B.; REINERT, B.R. – Spirituality and People with Potentially Fatal Diagnoses. *Nurs Forum* 34(1): 13-22, 1999.
- GASPARINI, L. – Vídeo: *A História de Lourdes*. Flashstar Home Vídeo, Barueri, 120', 2000.
- GIOIELLA, M.E.; BERKMAN, B.; ROBINSON M. – Spirituality and Quality of Life in Gynecologic Oncology Patients. *Cancer Pract* 6(6): 333-8, 1998.
- JUNG, C.G – *Obras Completas*. Petrópolis, Editora Vozes, vol. V, pp.204-7, 1986a.
- JUNG, C.G – *Obras Completas*. Petrópolis, Editora Vozes, vol. XV, pp.1-4, pp.10-27, 1986b.

- KOVÁCS, M.J. – Pacientes em Estágio Avançado da Doença, a Dor da Perda e da Morte. In: CARVALHO, M.M.J. (org.) - *Dor, Um Estudo Multidisciplinar*. Summus Editorial, São Paulo, pp.318-37, 1999.
- KVALE, S. – *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, California, SAGE Publications, pp.101-2, 1996.
- KÜBLER-ROSS, E. – *A Roda da Vida*. Sextante Editora, Rio de Janeiro, 1998. 319p.
- KÜBLER-ROSS, E. – *Sobre a Morte e o Morrer*. Martin Fontes, São Paulo, 1996. 299p.
- LANG, E.V.; BENOTSCH, E.G.; FICK, L.J.; LUTGENDORF, S.; BERBAUM, M.L.; LOGAN, H.; SPIEGEL, D. – Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *The Lancet* 355(9214): 1486-90, 2000.
- MAYOL, R. – *Câncer, Corpo e Alma*. Editora Os Magos, São Paulo, 1992. 189p.
- MELLO FILHO, J. – *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. Rio de Janeiro, pp.1-19, 1979.
- MILLER, S. – *Depois da Vida: Desvendando a Jornada Pós Morte*. Summus Editorial, São Paulo, 1997. 221p.
- MONTAGU, A. – *Tocar: O Significado Humano da Pele*. São Paulo, Summus Editorial, 1988. 427p.
- MOOD, JR. R. – *A Luz do Além*. 3ª ed. Editora Nórdica, Rio de Janeiro, 1989. 159p.
- MOOD, JR R. – Vídeo: *Vida após a Morte*. NCA Forever, São Paulo, 60', 1992.
- MYTKO, J.J.; KNIGHT, S.J. – Body, Mind, Spirit: Towards the Integration of Religiosity and Spirituality in Cancer Quality of Life Research. *Psychooncology* 8(5): 439-50, 1999.
- PIMENTA, C.A.M.; PORTNOI, A.G. – Dor e Cultura. In: CARVALHO, M.M.J. (org.): *Dor, Um Estudo Multidisciplinar*. Summus Editorial, São Paulo, pp.159-73, 1999.
- PUCHALSKI, C.M.; LARSON, D.B. – Developing Curricula in Spirituality and Medicine. *Acad Med* 73: 970-4, 1998.
- ROSEN, S. *Minha Voz Irá Contigo!* Editora PsyII, Campinas, 1994.
- SAUNDERS, C. – *Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach*. Edward Arnold, London. 1991.
- SIEGEL, B.S. – *Viver Bem Apesar de Tudo*. Summus Editorial, São Paulo, 1989.186p.
- SIMONTON, O.C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L. – *Com a Vida de Novo. Uma Abordagem de Auto-Ajuda para Pacientes com Câncer*. 6ª ed. Summus Editorial, São Paulo, 1987. 238p.
- THOMSEN, R.J. – Spirituality in Medical Practice. *Arch Dermatol* 134: 1443-6, 1998.
- TOLSTÓI, L. – *A Morte de Ivan Ilitch*. Publifolha, São Paulo, 1998.
- TRIVINÓS, A.N.S. – *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. Editora Atlas, São Paulo, pp.16-175, 1987.
- TUCKER, J.B. – Modification of Attitudes to Influence Survival From Breast Cancer. *The Lancet* 354(9187): 1320, 1999.
- Von Franz, M.L. *Os Sonhos e a Morte: Uma Interpretação Junguiana*. 10ª ed. Editora Cultrix, São Paulo, 1995.
- WEISMAN, A.D. – *Coping with Cancer*. Mc Graw-Hill Book Company, New York, pp.7-13, 1979.